

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE DIAGNOSTIC,

DE PRONOSTIC,

D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

TOME PREMIER.

Ouvrages du même auteur :

COURS ÉLÉMENTAIRE D'HYGIÈNE. Paris, 1821 et 1822 ; 2 vol. in-8°, 13 fr.

RECHERCHES sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU. Paris, 1823, deuxième édition in-8°, 7 fr.

DE L'IMPRIMERIE DE LACHEVARDIERE FILS,
RUE DU COLOMBIER, N. 30, A PARIS.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
DE DIAGNOSTIC,
DE PRONOSTIC,
D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES,
OU
COURS DE MÉDECINE CLINIQUE,

PAR
M. L..N ROSTAN,
MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA VIEILLESSE (FEMMES),
CI-DEVANT SALPÊTRIÈRE,
PROFESSEUR DE MÉDECINE CLINIQUE, ETC.

TOME PREMIER.

PARIS,
CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N. 4.
1826.

TRAITÉ
ÉLÉMENTAIRE
DE DIAGNOSTIC,
DE PRONOSTIC,
D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES, etc.,
OU
COURS DE MÉDECINE CLINIQUE.

PREMIÈRE PARTIE.

PROLÉGOMÈNES.

Nécessité de considérer l'organisation comme base fondamentale de tout système médical.

Il ne peut exister dans l'homme que des ORGANES et des FONCTIONS. Celles-ci ne sont que des effets. Les organes sont disposés pour agir, ils agissent. Les fonctions ne peuvent précéder les organes, exister sans eux, parcequ'un effet ne peut précéder une cause. Elles sont donc sous leur dépendance. Les fonctions (dont l'ensemble constitue la

vie) ne pouvant précéder les organes, exister sans eux, il est absurde de dire que la vie peut précéder l'organisation. Au contraire celle-ci est la condition nécessaire de la vie. Il ne peut y avoir vie, là où il n'y a pas organisation. J'insiste sur cette idée fondamentale, parceque c'est sur elle que sont basés les progrès ultérieurs de l'art de guérir; parceque sans elle nous sommes condamnés à vieillir dans une éternelle enfance : c'est sur cette idée qu'est fondé notre enseignement clinique.

La digestion ne peut exister sans organes digérants; la respiration, sans organes respiratoires; la circulation, sans organes circulatoires; la vision, l'audition, l'olfaction, le goût, le toucher, sans organes visuels, olfactifs, auditifs, tactiles, etc. Ainsi les organes sont indispensables aux fonctions. Quant aux propriétés appelées vitales, parcequ'elles ne sauraient exister sans la vie, elles ne sont, elles ne peuvent être que des fonctions. La contractilité, la sensibilité, distinguée d'une manière assez bizarre en sensible et en insensible, ne sont que des fonctions de l'encéphale et de ses dépendances. Elles n'existent pas sans ces organes ou des équivalents; elles sont proportionnées au degré d'intégrité et d'intensité des organes de l'innervation.

Mais, dit-on, les organes existent sans la vie; donc ce sont deux choses différentes, puisqu'elles peuvent exister l'une sans l'autre. Elles ne sont pas dans une dépendance nécessaire, puisqu'elles peu-

vent se séparer. C'est exactement comme si l'on disait que le mouvement d'une pendule est indépendant de la pendule, puisque celle-ci peut exister sans mouvement. La vie n'est autre chose que la disposition organique nécessaire au mouvement. Nous recevons cette disposition en naissant. La machine est alors montée ; elle marche jusqu'à ce qu'elle s'altère d'une manière naturelle ou accidentelle. Lorsqu'un corps existe sans la vie, c'est que la disposition organique nécessaire à l'exercice des fonctions a subi quelque dérangement.

Lorsque les organes et les fonctions qu'ils exécutent sont dans leur type normal, l'individu se trouve dans l'état physiologique. C'est l'anatomie et la physiologie saines, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Lorsque les organes et les fonctions cessent d'être dans leur type normal, l'individu se trouve dans l'état pathologique. C'est l'anatomie et la physiologie morbides. *Anatomie, physiologie saines, anatomie et physiologie morbides*, voilà toute la médecine.

Comme il n'existe, disons-nous, que des organes et des fonctions, et que celles-ci sont sous la dépendance des organes, il s'ensuit rigoureusement que toutes les fois qu'une fonction est altérée d'une certaine manière, il doit y avoir maladie dans un organe, ou dans une des parties constituantes de cet organe ; nous verrons plus tard que nous y com-

prenons les fluides. Cette altération de l'organe est *profonde* ou *légère*, *primitive* ou *consécutive*, *persistante* ou *fugace*, *sensible* ou *insensible* à nos divers moyens d'investigation ; mais elle est nécessaire, inévitable ; quelle qu'elle soit, connue ou inconnue, il faut qu'elle existe : car rien n'arrive pour rien.

La proposition réciproque est tout aussi rigoureuse, c'est-à-dire, lorsqu'il y a altération d'organes, il doit y avoir aussi altération de fonctions. Cependant elle souffre en apparence de nombreuses exceptions, ce qui dépend, et de ce que certains organes sont doubles et qu'ils peuvent se remplacer mutuellement, et de ce que la nature peut avoir, pour remplacer une fonction, des ressources qui nous sont encore inconnues ; enfin de la manière dont la maladie s'est développée, etc., et plus encore de ce que l'on a mal observé. Qu'on se garde bien alors de tirer la conclusion que les organes ne servent pas à remplir les fonctions, puisqu'ils peuvent être détruits sans que celles-ci soient altérées ; mais qu'on range ce fait parmi les cas obscurs et exceptionnels. Toute manière de voir opposée tend à faire rétrograder la science.

Si l'homme est un composé d'organes, il est évident que ces organes divers seront susceptibles de s'altérer plus ou moins selon leur composition, et selon les causes qui pourront agir sur eux.

Si tous les organes qui constituent l'homme sont composés de vaisseaux sanguins, artériels et vei-

neux, de vaisseaux lymphatiques, de tissu cellulaire et d'un tissu propre, il n'y a pas de raison pour que chacun de ces organes ne soit pas susceptible de devenir malade, primitivement et indépendamment de tout autre.

Si chacun de ces organes est influencé directement par un modificateur particulier ou par plusieurs, tels que les aliments et les boissons, pour l'estomac; l'air et les efforts respiratoires, pour le poumon; les sensations et les actes intellectuels et moraux, pour l'encéphale; il est rigoureux de conclure que chacun de ces organes pourra devenir malade sans le concours des autres. Toute proposition contraire n'est pas soutenable.

Entrons dans quelques détails.

J'aborde ici des questions grandes et délicates. Je dois prévenir qu'il est fort loin de mon esprit de vouloir porter atteinte aux croyances reçues. S'il est parmi mes lecteurs (ce que je suis loin de penser, parceque, pour devenir médecin, il faut être essentiellement philosophe), s'il est, dis-je, quelqu'un d'une conscience timorée, qu'il se rassure, je suis prêt à lui faire toutes les concessions qu'il pourra désirer; le premier devoir d'un homme de bien, c'est de respecter la croyance de la multitude. Ce que je vais dire a seulement trait à l'art de guérir.

Il n'existe dans la nature que corps et propriétés de corps; ce qui n'est pas corps ou propriétés de

corps, n'est rien. La matière est inorganique ou organisée. Les lois qui régissent la première sont, dans son ensemble, la gravitation; dans ses détails, les affinités. La forme, l'étendue, le volume, la densité, la porosité, l'impénétrabilité, l'élasticité, la divisibilité, les couleurs, la température, etc., sont des propriétés générales de la matière. Le mouvement est aussi une propriété de la matière, car il ne peut exister sans elle. Le mouvement est-il autre chose qu'un corps qui se meut?

Pour la matière organisée, il existe d'autres propriétés qui la distinguent de la matière inorganique : ce sont, surtout, la sensibilité et la contractilité; on leur a donné le nom de *propriétés vitales*, ce qui a conduit à les considérer comme des êtres abstraits, existant par eux-mêmes, caractérisant la vie proprement dite. Et remarquez ici combien les noms influent sur les pensées, cette manière de considérer les propriétés dites vitales a causé des erreurs sans nombre; c'est à elle qu'on doit la naissance des maladies vitales. En effet, dès le moment qu'on a reconnu des propriétés vitales existantes par elles-mêmes, on a dû, pour être conséquent, reconnaître aussi des maladies vitales, c'est-à-dire des absurdités; absurdités malheureusement encore en crédit! Pour nous, les propriétés dites vitales ne sont que le résultat de la matière organisée; c'est la matière en mouve-

ment, c'est la matière mise en jeu. Ainsi les fonctions dont l'ensemble constitue la vie ne seront plus que le jeu, l'exercice de nos organes. Dès lors il n'y aura plus de respiration, de digestion, etc., mais bien des organes respirants, digérants, etc. Maintenant, si le mouvement ne peut exister sans la matière, ou, si vous aimez mieux, si les fonctions ne peuvent exister sans les organes, ce qui nous paraît de la dernière clarté, il s'ensuivra que tout dérangement dans la fonction sera le résultat nécessaire du dérangement de l'organe qui l'exécute. Je ne sais si mes raisonnements sont bien enchaînés, et si mes expressions sont claires, mais il est certain qu'il est impossible d'avoir des idées qui le soient davantage. Une objection qu'on ne manquera pas de nous adresser, est celle-ci : la vie, dites-vous, n'est que le jeu des organes, et celui-ci le résultat de l'organisation dans un certain état ; mais dites-nous pourquoi la vie n'existe plus, là où l'organisme existe encore? Ce cadavre que vous avez sous les yeux était vivant naguère, son organisation est la même, et cependant il ne vit plus? Eh! non, sans doute, son organisation n'est pas la même, elle a subi un changement profond, qui peut cependant échapper à nos sens, mais qui doit nécessairement exister.

Lorsqu'un respect superstitieux pour la tombe empêchait d'interroger l'homme mort pour en

faire sortir l'utilité de l'homme vivant, la plupart des maladies étaient essentielles, générales, sans siége ; on s'imaginait qu'elles ne laissaient après elles aucune trace. Plus tard, lorsque la philosophie introduisit son flambeau au milieu des peuples civilisés, il fut enfin permis de porter un regard scrutateur dans les restes inanimés du corps humain, et ces débris, naguère la vile proie des vers, devinrent la source féconde des vérités les plus utiles. Dès lors les maladies, qui jusque là n'étaient que des dérangements de fonctions, que des symptômes enfin, devinrent des altérations d'organes; les symptômes seuls perdirent leur antique valeur, et ne furent utiles qu'autant qu'ils indiquèrent une lésion d'organe: mais tel est l'empire des préjugés, que de nos jours encore on reconnaît des maladies vitales. Une vaste compilation moderne, assemblage indigeste et incohérent de toutes les doctrines, contient un long article sur ce genre prétendu d'affection. Malheureusement, il faut en convenir, il est des cas où nos moyens d'investigation ne nous font reconnaître aucune altération d'organe ; mais conclure qu'il n'en existe point, c'est une étrange erreur. On ne meurt pas de rien, et si réellement il n'existait aucune altération, il faudrait admettre qu'on peut mourir de rien, ce qui est absurde. Ainsi, lorsqu'on ne trouve aucune altération apparente d'organes, gardez-vous d'en tirer la conséquence

qu'il n'en existe pas, mais rangez seulement la maladie qui a fait périr l'individu dans la classe des maladies inconnues, ou du moins dans la classe de celles qui le sont peu. On doit conclure de ce que nous venons de dire, que la vie n'est que le résultat de l'organisme dans un certain état; que les fonctions ne sont que le mouvement, le jeu des organes; que les dérangements de ces fonctions annoncent nécessairement un dérangement dans l'organe qui l'exécute ; que la vie ne peut cesser que là où l'organisation cesse d'être parfaite, c'est-à-dire dans l'état nécessaire à son action.

Ces vérités une fois reconnues, il est impossible de ne pas admettre que la perfection de la pathologie consiste dans la connaissance des altérations des organes, qu'on ne peut faire faire quelques progrès à la science qu'autant qu'on fixera le siége des maladies, et qu'on éclairera leur diagnostic.

Malgré les entraves que l'on cherche à opposer à la propagation des idées saines et positives; malgré les efforts immenses tentés par l'esprit de système ou l'esprit de parti, la vérité marche à pas de géant, et range sous sa bannière triomphante toute la génération actuelle. Une jeunesse généreuse, enthousiaste de tout ce qui est beau et bon, avide de s'instruire, pèse avec la sagesse de l'âge mûr les sophismes qu'on oppose à la raison, les rejette avec mépris, malgré les séductions dont on les entoure, et assure à celle-ci un em-

pire immortel. Le règne monstrueux de l'erreur et du mensonge ne saurait être qu'éphémère. L'espérance et la crainte peuvent bien le soutenir un moment, mais il n'est pas toujours facile d'entretenir de pareils auxiliaires, et le monument ruiné qu'ils étayaient croule enfin sur ses débiles fondements.

La médecine, qui devrait être de toutes les institutions humaines la plus inaccessible aux passions, est loin cependant d'être impassible. Elle est aujourd'hui un véritable champ clos où l'amour-propre et l'esprit de parti livrent des combats continuels au sens commun. L'un soutient à outrance des systèmes erronés et absurdes, dans l'intérêt prétendu de l'humanité, mais assurément dans celui de sa réputation et de sa fortune; l'autre, pour rajeunir des idées surannées, et par des considérations plus misérables encore, impose silence, sous les plus vains prétextes, à ceux dont les préceptes sapent ces principes décrédités. C'est ainsi que l'intérêt et l'égoïsme se masquent sous des noms respectés, se jouent du salut des hommes!

Dans toutes les questions d'une haute importance, dont la solution intéresse immédiatement le bonheur de l'espèce humaine, lorsque les esprits sont divisés, que les partis sont en présence; lorsque l'erreur et le mensonge, soutenus avec une audace égale de part et d'autre, se présentent sous le masque de la vérité; lorsque celle-ci, entièrement

méconnue, est foulée aux pieds par les passions, les bons esprits, accablés sous le poids de cette espèce d'anarchie, désirent avec avidité le débrouillement de ce chaos. Persuadés qu'ils sont que l'un des deux partis ne peut pas avoir toujours tort, et l'autre toujours raison, ils éprouvent le besoin de connaître exactement le degré de faux et de vrai dont se composent les opinions opposées. Livrés à eux-mêmes, poussés et repoussés en sens contraire et par les uns et par les autres, dépourvus de bases solides sur lesquelles ils puissent s'appuyer, ils font de pénibles et vains efforts pour atteindre ce résultat.

Dans cette fâcheuse anxiété, ils regardent comme un bienfait, ils accueillent avec reconnaissance les travaux entrepris avec sincérité dans le but de mettre un terme à ces dissensions. C'est dans l'espoir de pouvoir jeter quelque lumière dans les questions depuis quelque temps si vivement agitées, que nous avons entrepris de publier ce que nous croyons être la vérité. Dans notre manière de voir, il est possible qu'il y ait encore beaucoup d'erreurs; malheur à celui qui se croit infaillible! mais au moins on peut compter sur notre bonne foi. Ce que nous professons, nous le croyons; et si l'on nous fait reconnaître quelque erreur, on nous verra l'abjurer sur-le-champ, et recevoir avec empressement, de quelque part qu'elle nous arrive, la vérité que nous devrons y substituer.

Depuis quelques années, une division scandaleuse et funeste à l'humanité règne dans l'art de guérir. Il n'est personne qui n'en désire vivement le terme. Tout le monde voit avec douleur et l'opiniâtreté des uns, et l'exagération des autres. C'est en effet un spectacle bien affligeant que de ne rencontrer, d'une part, que des gens entichés d'opinions surannées, refusant d'admettre les plus légers progrès, les moindres changements dans leurs doctrines vieillies ; et de l'autre, des réformateurs outrés voulant tout détruire, méconnaissant l'expérience des siècles, et ne daignant pas faire la plus légère concession. Sans doute les uns et les autres sont de bonne foi (il faut le supposer ainsi pour l'honneur de l'espèce humaine) ; mais la vérité ne peut pas être, non plus que l'erreur, le partage exclusif de l'un des deux partis. Sans doute le vrai doit s'allier au faux dans ces doctrines contraires ; la partie erronée d'un système ne se soutient qu'en faveur de la partie raisonnable. Si l'un des deux ne se composait que de mensonges, il serait bientôt anéanti. Efforçons-nous de signaler les erreurs qu'on peut reprocher aux uns et aux autres, et faisons notre profit des vérités que nous reconnaîtrons.

Il le faut avouer, quelques médecins, mais dont le nombre diminue de jour en jour, admettent avec beaucoup trop de facilité les maladies essentielles ; j'ai entendu soutenir récemment à des gens d'une

grande renommée, que la sensibilité, l'irritabilité, la contractilité pouvaient être malades ; que ces propriétés vitales, c'est-à-dire qui n'appartiennent qu'à des corps vivants, étaient susceptibles d'être augmentées, diminuées, abolies ou perverties, sans qu'il y eût aucune espèce d'altération ; qu'un organe ou même un individu tout entier pouvait devenir plus ou moins sensible, plus ou moins irritable, etc., sans qu'il fût possible de remarquer aucune altération dans ses organes, et de là ils en ont conclu qu'il existait des maladies vitales, des maladies du principe vital.

Il serait tout aussi raisonnable d'admettre des altérations de l'élasticité indépendante des corps élastiques, ou de toute autre propriété des corps, sans la participation de ces corps, que de reconnaître les maladies des propriétés vitales indépendamment des corps doués de ces propriétés.

Que signifie d'ailleurs le mot *propriété vitale*, sinon *qualité* ou *faculté* d'un corps doué de la vie? Qu'est-ce que c'est qu'un corps doué de la vie, sinon un corps organisé? Si un corps doué de la vie n'est qu'un corps organisé, pourquoi faire de la vie un être à part, et ne pas reconnaître que cette vie, qui n'existe que là où il y a organisation, n'est que l'effet, que le résultat de cette organisation ; et dès lors, pourquoi reconnaître des maladies de la vie, des maladies vitales indépendantes de cette organisation?

Il faut être bien étranger aux recherches d'anatomie pathologique, pour oser avancer qu'un cadavre est organisé comme un corps sain et vivant. Mais il est des cas où les recherches les plus attentives ne font reconnaître aucune modification! Mais il faut encore être bien prévenu en faveur de ses moyens investigateurs pour oser conclure qu'il n'y a rien là où l'on n'a rien trouvé. N'est-il pas bien plus raisonnable de se borner à conclure qu'on n'a rien trouvé, que d'affirmer qu'il n'existe rien? Et qui vous dit en effet que des observateurs plus attentifs, que des découvertes ultérieures ne feront pas voir ce que vous n'avez pas aperçu? Et ne peut-il pas exister des modifications capables d'échapper toujours à vos recherches? C'est donc une grande témérité que d'assurer qu'il n'existe rien parceque nous n'avons rien vu; on doit se borner à dire que l'on n'a rien reconnu, et c'est tout, sous peine d'être obligé de conclure qu'on peut mourir de rien, d'admettre qu'il peut exister des altérations de propriétés indépendantes des corps doués de ces propriétés; en un mot, d'admettre des effets sans causes, c'est-à-dire, en bonne logique, des inepties.

D'ailleurs, nous avons admis un moment que la sensibilité, la contractilité et leurs subdivisions étaient des propriétés vitales; mais elles ne sont pas plus des propriétés vitales que la faculté de respirer, et celle de digérer, etc.

La sensibilité, la contractilité et leurs subdivisions ne sont que des fonctions et non des propriétés; ce sont des fonctions dont les appareils sont l'encéphale et ses dépendances. Ces fonctions sont générales, parceque le système de l'innervation se répand par tout.

Ce n'est pas ici une simple dispute de mots. La solution de ces questions est d'une telle importance, qu'à notre avis, hors ces principes, il n'y a plus de progrès à espérer pour la médecine.

Dans l'hypothèse des maladies vitales, lorsqu'on ne trouve rien à l'ouverture d'un corps, on se contente de dire qu'il n'y a rien, et l'on ne cherche plus; c'est ce qui a arrêté si long-temps les recherches sur les altérations du cerveau. Ce qui a fait affirmer que la paralysie, par exemple, était une maladie essentielle, une diminution ou une abolition de la sensibilité ou de la contractilité; conclusion qui a conduit à administrer, dans les maladies qui donnent lieu à ce symptôme, des toniques et des excitants, la noix vomique et l'électricité, et tout cela sans le moindre discernement, puisque toute paralysie n'est qu'une diminution ou une abolition des propriétés vitales: c'est-à-dire que cette opinion a conduit à donner les remèdes les plus contraires, les plus funestes aux malades; à les tuer, pour tout dire. Et l'on appelle cela une dispute de mots!

Dans notre manière de voir, au contraire, en

considérant toute altération de fonction comme dépendante d'une altération d'organe, lorsque nous ne trouvons rien, nous disons qu'il faut chercher de nouveau. La paralysie n'est plus simplement une diminution ou une abolition de la sensibilité ou de la contractilité, mais le signe d'une lésion des organes à qui sont confiées ces fonctions; dès lors-nous sommes conduits à chercher ces lésions, à déterminer leur siége, leur nature et leur étendue, à reconnaître que ce symptôme dépend d'une multitude d'altérations diverses, et le premier bienfait que nous retirons de nos recherches, c'est de soustraire les malades aux remèdes meurtriers qu'on leur administrait! Sont-ce là des disputes de mots?

Concluons de ce que nous venons de dire, qu'il ne peut exister de maladies sans altérations d'organes.

Les mêmes médecins, négligeant ou rejetant cette vérité, ont groupé sous une même dénomination un ensemble, une série de symptômes qu'ils ont observés se présenter toujours dans un certain ordre. Il sont donné le nom de fièvres essentielles à ces divers groupes de phénomènes morbides ainsi réunis.

La conclusion que nous venons de tirer doit faire pressentir notre manière de voir sur ce sujet. Nous devons déclarer ici que, *ne croyant pas qu'il puisse exister de maladies sans siége*, les fièvres ainsi considérées ne nous paraissent pas admissibles; au moins n'en avons-nous jamais vu.

Le célèbre auteur de la Nosographie philosophique, si vivement attaqué dans ces derniers temps, est le premier qui ait senti le vague qui régnait dans l'histoire des fièvres continues. Un esprit juste ne peut supporter des abstractions qui ne se rattachent à rien. Aussi, dans ses premiers travaux (les premières conceptions chez les hommes de génie sont presque toujours les meilleures), avait-il complètement révoqué en doute l'existence de ces fièvres, et si plus tard, vaincu par de timides conseils, craignant les animosités médicales, il crut devoir en tracer le tableau dans ses ouvrages, au moins fit-il de grands efforts pour déterminer le siége qu'elles occupaient dans l'économie animale, pour les localiser en un mot. Mais, il faut l'avouer, ce qu'il fit fut insuffisant. Quelques autres médecins firent ensuite des efforts plus ou moins inaperçus pour *détrôner* les fièvres essentielles. Il était réservé à M. Broussais de combattre avec avantage ces croyances de l'ancienne médecine : c'est une justice que nous aimons à lui rendre ; et la postérité se plaira sans doute à reconnaître un service si éminent. Trop heureux si les traits de sa critique n'eussent atteint que les erreurs ! trop heureux s'il n'eût pas dépassé le but !

Si dans toutes les maladies il doit y avoir altération d'organe, pourquoi les symptômes qui constituent les fièvres dites essentielles auraient-ils le privilége d'exister sans cette altération ? mais cette

altération a-t-elle toujours le même siége, occupe-t-elle toujours le même organe? nous ne le pensons pas. Nous espérons plus tard prouver ce que nous ne faisons qu'énoncer ici.

Après avoir exposé en quoi nous semblait fautive l'ancienne doctrine médicale, nous devrions dire en quoi nous semble défectueuse la doctrine nouvelle. La suite le fera connaître assez. Qu'il nous suffise de rappeler pour l'instant, que dans ce nouveau système on n'admet qu'une maladie d'une seule nature, qui, variée à l'infini par une multitude de circonstances, présente mille aspects divers, et constitue à elle seule toutes les affections qui attaquent l'espèce humaine; que cette maladie est *l'irritation*; que son siége le plus ordinaire est l'estomac et les intestins, organes qui sont toujours primitivement ou secondairement affectés. Cette doctrine, soutenue avec talent par son inventeur, compte beaucoup de partisans: nous pensons nous-même qu'elle renferme de bons principes, mais nous croyons aussi qu'elle ne contient pas toutes les vérités, et qu'elle est semée d'un grand nombre d'erreurs.

Egalement frappé de ce que présentent de faux les deux systèmes opposés, nous nous sommes efforcé d'éviter leurs écarts et d'adopter une méthode également éloignée de ces deux extrêmes, méthode qui, tout en repoussant ce qu'ils pouvaient avoir de vicieux, s'appropriât ce qu'ils

avaient de bon et d'utile. On peut donner à cette méthode les noms de *médecine des organes*, *médecine organique* ou mieux encore celui de *médecine naturelle*.

PREMIÈRE PROPOSITION.

Il n'existe, avons-nous dit, et ne saurait exister dans l'économie animale vivante que des organes et des fonctions : les fonctions ne sont autre chose que des organes en exercice ; tout ce qui n'est pas organe, principe d'organe, effets d'organe, n'est rien pour le médecin.

Il n'en a que faire, en effet, pour se rendre compte de tous les phénomènes de l'organisme. Une fois cette première proposition, qui nous paraît incontestable, reçue, une seconde en découle naturellement, c'est que : *si les organes sont sains, leur exercice aura lieu suivant un type donné, qui constituera l'état normal ou physiologique.* Par la même raison, *si les organes sont dans l'état morbide, leur exercice n'aura plus lieu suivant l'état normal, il y aura donc dérangement des fonctions.* La conséquence est immédiate et rigoureuse. Si la fonction n'est qu'un résultat, qu'un effet, elle ne pourra être pervertie sans que l'organe, ou le système d'organe qui l'exécute, soit altéré d'une manière quelconque, primitive ou consécutive, légère ou profonde, fugace ou persistante, sensible ou insensible à nos divers moyens d'investigation. Nous ne pouvons trop revenir là-dessus.

Ainsi donc, si les organes, dans l'état de maladie, ne doivent plus exécuter que des fonctions perverties, on en déduira cette conséquence si précieuse pour le diagnostic, à savoir, que lorsqu'une fonction est altérée, l'organe qui en est chargé n'est pas dans son état physiologique.

DEUXIÈME PROPOSITION.

Tous les organes peuvent être primitivement malades.

Dans le principe de la nouvelle doctrine, on a soutenu, avec toute la chaleur dont son inventeur est capable, qu'il n'y avait jamais que l'estomac qui pût être *primitivement* malade; que lorsque les autres organes le devenaient, c'était toujours consécutivement à celui-ci. On nous dira que cette opinion est déjà abandonnée depuis long-temps, et qu'elle ne devrait plus être rappelée; mais c'est pour nous en féliciter, c'est pour dire combien nous nous trouvons heureux des concessions qu'on a faites, puisque c'est en faveur de la vérité, la plus forte preuve que nous puissions donner. Mais ce n'est pas sans peine que nous avons obtenu d'abord que le cerveau pouvait être malade indépendamment de l'estomac, et plus tard, que les poumons pouvaient jouir aussi de ce triste privilége.

On ne saurait croire quelle satisfaction nous ont causée ces deux espèces de conquêtes. Espé-

rons qu'avec quelques concessions encore, nous finirons par nous entendre !

Si le cerveau, si les poumons peuvent être malades directement par l'action de leurs excitants naturels, pourquoi les autres viscères, pourquoi le cœur, les reins, l'utérus, la peau, etc., ne seraient-ils pas aussi affectés primitivement, sans que l'estomac le fût avant ou après eux ? Qu'est-ce qui empêche qu'une cause ne porte son action directement sur l'un de ces organes ? Les impressions des sens, les passions, les excès dans les travaux intellectuels, ne peuvent-ils pas agir directement sur le cerveau ? ont-ils besoin pour cela de passer par l'estomac ? Les cris, le chant, la respiration d'un air froid, ne peuvent-ils pas déterminer une angine, une pleurésie, une hémoptysie, sans agir sur l'estomac ? et si tous ces modificateurs de l'organisme peuvent altérer les viscères dont ils sont les excitants naturels, pourquoi les autres organes ne pourraient-ils pas aussi être frappés primitivement par les excitants qui leur sont propres ?

Tous nos organes sont composés des mêmes éléments ; il entre dans tous des vaisseaux sanguins, artériels et veineux ; dans tous, des nerfs, des vaisseaux lymphatiques ; tous ont un parenchyme, un tissu particulier et un tissu général ; tous ont leurs excitants propres. Pourquoi donc les uns seraient-ils susceptibles de devenir malades, et

les autres ne le seraient-ils pas ? Nous pensons que cette proposition n'est pas soutenable ; et qu'on doit admettre que *tous nos organes peuvent devenir primitivement malades, indépendamment les uns des autres, sans qu'il soit nécessaire que l'un d'eux, et toujours le même, soit préalablement affecté :* on peut ajouter qu'*il n'est pas plus nécessaire qu'il devienne malade d'une manière consécutive.*

Une autre conséquence de cette vérité, c'est que, lorsqu'un organe est multiple, c'est-à-dire lorsque plusieurs de ses parties ont des attributs différents, président à des fonctions différentes, ces parties peuvent être malades indépendamment les unes des autres. Ce principe nous sera de la plus grande utilité dans le diagnostic des maladies, et surtout dans la distinction des affections du cerveau.

TROISIÈME PROPOSITION.

Nos fluides sont susceptibles de maladie.

Nos organes ne sont pas seulement formés d'éléments solides, une plus grande quantité de fluides entre dans leur composition ; ces fluides sont combinés avec nos tissus, renfermés dans des vaisseaux où ils circulent, dans des cavités où ils séjournent. Ces fluides sont loin d'être simples et indécomposables : or, par une loi invariable de la nature, tous les corps composés sont susceptibles d'altération, de décomposition ; donc,

ces fluides sont susceptibles de s'altérer. Dans l'état actuel de la science, nous ignorons complètement la nature de ces sortes d'altérations ; elles ont jusqu'ici échappé à nos recherches. Mais on ne peut arguer de là contre leur existence ; et c'est commettre une grande faute de raisonnement que de nier l'existence d'une chose par cela seul qu'elle n'est pas encore tombée sous nos sens. Les solidistes exclusifs prétendent que les fluides étant toujours le résultat du travail d'un organe, celui-ci doit être altéré préalablement au fluide ; que lorsqu'il circule dans des canaux, comme le sang, etc. ; ces conduits doivent être malades avant que le fluide qu'ils contiennent soit altéré. Mais il est facile de voir combien ce raisonnement est peu fondé : car, à supposer que tous les fluides soient le résultat du travail d'un organe, rien n'empêche qu'une cause morbifère n'agisse directement sur le fluide sécrété, contenu dans des vaisseaux ou des réservoirs particuliers, sans agir sur ces vaisseaux ou sur ces réservoirs. Il nous semble que rien ne peut empêcher l'action profonde du calorique, ou de tout autre agent. Mais prenons un exemple qui ne soit contesté par personne, et qui fasse voir que les fluides peuvent être viciés d'une manière primitive.

Un individu se trouve placé dans telles circonstances qu'il ne peut faire usage habituellement que d'aliments et de boissons insalubres. Cette sup-

position n'est que trop admissible : combien de malheureux, à qui la fortune a dénié les premiers moyens d'existence, ne sont-ils pas forcés de suivre un pareil régime? Les personnes qui font des voyages de long cours, ne faisant usage que de viandes salées, de biscuit et d'eaux croupies; les habitants des villes assiégées; mangeant la chair des animaux domestiques, et quelquefois celle de leurs semblables; et les peuples entiers que la famine dévore, ne justifient que trop cette affligeante supposition. On conçoit facilement que ces aliments et ces boissons dépravés peuvent fort bien ne pas agir sur le tissu des intestins; ils ne sont pas assez délétères pour cela : mais leur usage journalier donnera lieu à un chyle de mauvaise nature, le sang qui en résultera ne pourra être de bonne qualité, il sera sensiblement altéré, et il exercera une funeste influence sur l'économie animale tout entière. Le sang étant le réparateur et le stimulant de tous les organes, ceux-ci devront tomber dans un collapsus plus ou moins profond. De là, des lassitudes générales, spontanées, c'est-à-dire sans causes évidentes; les tissus deviendront lâches et mous; la peau sera pâle, décolorée; la figure abattue, jaunâtre; l'appétit nul, la digestion pénible, la défécation fétide; la respiration anxieuse et gênée; le pouls mou, petit, concentré; l'absorption languissante; la tête pesante, l'intelligence tardive, la mémoire infidèle, l'humeur cha-

grine, le sommeil lourd, peu réparateur; la copulation impossible; le moindre exercice suivi d'une fatigue insupportable. Bientôt des ecchymoses de diverses grandeurs se feront remarquer sur différentes parties du corps, principalement sur les membres et aux endroits les plus déclives, les gencives se boursoufleront et deviendront saignantes; des hémorrhagies d'un sang noir et fluide se déclareront, une infiltration générale surviendra, et le malheureux pourra succomber s'il est forcé de continuer le même régime, et si l'on ne substitue pas à ces aliments une nourriture plus saine et des boissons plus généreuses.

Des phénomènes analogues ou différents pourront être produits par la respiration d'un air délétère, tel que celui des marais, celui des amphithéâtres; enfin celui qui renferme une quantité plus ou moins grande des matières organiques en décomposition. Cet air incessamment introduit dans les poumons n'en altèrera nullement le tissu; mais le sang qui vient s'y imprégner à chaque instant des principes de cet air en recevra-t-il une influence aussi heureuse, aussi favorable, qu'il la recevrait de l'air pur et embaumé d'une vaste et belle campagne? non sans doute : et il ne tardera pas de se vicier au point de donner naissance aux accidents les plus fâcheux. Telle est incontestablement la cause des maladies qui ravagent les bords des marais Pontins. Telle est aussi la cause de tous les

typhus, des maladies pestilentielles qui dévastent des contrées entières.

Ainsi le sang pourra être influencé directement par les aliments, par les boissons, par l'air atmosphérique. Mais s'il peut l'être par ces causes que nous apprécions facilement, qui osera contester qu'il puisse l'être par d'autres qui nous échappent? qui peut nous assurer que le calorique, l'électricité, la lumière, et surtout une multitude de principes fugitifs, n'exercent pas sur ce liquide une influence quelconque ?

Nous venons de voir le sang altéré dans sa composition, combien nous sera-t-il plus facile de démontrer qu'il peut être trop abondant, trop riche en matériaux réparateurs ! Un régime alimentaire trop succulent, l'usage habituel de vins exquis, l'inaction, le repos d'esprit, la tranquillité d'âme, la continence, etc.; en un mot des pertes légères, une réparation surabondante, ne produiront-ils pas infailliblement cet effet? l'individu placé dans ces circonstances ne tardera pas à présenter des phénomènes particuliers ; ces phénomènes seront produits par la congestion de tous les organes et seront caractérisés par les signes suivants : la face sera rouge et animée, les yeux brillants, les lèvres vermeilles, la peau sera chaude, halitueuse, rosée, légèrement tuméfiée; les veines seront saillantes, le pouls fort, fréquent, développé; les battements du cœur se feront sentir avec véhémence; ils seront

quelquefois intervertis dans leur type naturel. La respiration sera accélérée, gênée; il existera de l'oppression causée par la présence, dans le tissu pulmonaire, d'une trop grande quantité de sang; la même cause pourra occasioner des douleurs intestinales et pervertir la digestion, l'urine sera fortement colorée.

Une céphalalgie ou plutôt une pesanteur de tête incommode, une insomnie opiniâtre ou une somnolence invincible tourmenteront le malade; il existera des douleurs dans les membres, des lassitudes spontanées. Tels seront les résultats inévitables d'une hématose trop facile et trop riche.

Maintenant, un individu placé dans des circonstances inverses ne devra-t-il pas offrir un état contraire?

Des aliments insuffisants, l'usage forcé de l'eau simple, des veilles prolongées, des travaux d'esprit long-temps continués, un exercice pénible et immodéré; des excès dans les plaisirs de l'amour; enfin, des pertes excessives, une réparation indigente ne produiront-ils pas des effets opposés?

Face pâle, lèvres décolorées, yeux ternes et languissants, maigreur générale, peau froide; faiblesse, lenteur du pouls, contractions du cœur insensibles; gêne de la respiration, déterminée par le défaut de puissance inspiratrice et par celui des stimulants nécessaires; sécrétions lentes, urines ténues; sentiment profond de faiblesse, désir du

repos, incapacité morale et intellectuelle, sommeil imparfait, locomotion presque impossible, ne seront-ils pas le tableau fidèle des effets déterminés par ces dernières causes?

Ainsi nous venons de voir le sang altéré dans sa composition, pécher par sa quantité ou trop grande ou trop petite. Mais la lymphe, mais l'agent nerveux, mais les fluides sécrétés et contenus dans des réservoirs particuliers, par quel privilége seraient-ils à l'abri des mêmes altérations, des mêmes excès, des mêmes défauts ?

Concluons qu'il faut reconnaître que *nos fluides peuvent être primitivement malades.*

A Dieu ne plaise que nous voulions faire revivre les ténèbres de l'antique humorisme! Mais aussi, loin de nous l'intention de nier l'existence d'un fait par cela seul que ce fait échappe à nos explications!

Avant tout, nous devons rendre hommage à la vérité. Il est malheureux, sans doute, que les altérations des fluides soient encore peu connues; mais est-ce une raison pour les rejeter ? Aura-t-on fait faire de grands progrès à la science, lorsqu'on aura taxé de chimères toutes les recherches faites sur ce sujet? en détournant les bons esprits de se livrer à ces pénibles investigations? Dire qu'une chose n'existe pas est sans doute fort commode, lorsque cette chose nous gêne ; mais cela fait-il que cette chose n'existe réellement point?

Mieux vaudrait alors prendre le parti plus simple encore de nier toutes les maladies.

Nous nous sommes assez longuement étendu sur ce sujet, parcequ'on regardait depuis longtemps cette question comme entièrement résolue par la négative.

Nous devons nous hâter de dire que les maladies des fluides sont bien plus rares que celles des solides. Nous pensons que c'est aux premiers qu'appartiennent certaines maladies générales, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, la pléthore, l'anémie, la plupart des affections caractérisées par une spécialité, etc.; mais ces maladies sont dans une proportion bien faible, si on les compare à celles qui frappent le tissu même de nos organes.

Ceci nous conduit naturellement à cette autre proposition fondamentale de notre système.

QUATRIÈME PROPOSITION.

Il ne peut pas n'exister qu'une seule et même affection.

La postérité aura peine à croire qu'on ait osé soutenir, de nos jours, qu'il n'existe qu'une seule et même maladie, qu'il ne doit y avoir en conséquence qu'un seul et même traitement. Cette étrange proposition nous étonnerait sans doute, si nous n'avions tous les jours entendu affirmer, et si nous n'avions lu cent fois nous-même, que la

peste et l'apoplexie, la variole et la fluxion de poitrine, l'épilepsie et la teigne, la rage et le zona *ne sont que des nuances légères d'une affection toujours la même.* S'il pouvait se rencontrer quelqu'un qui en doutât, nous citerions les paroles suivantes textuellement extraites d'un ouvrage récent : « *Les nuances d'altération des viscères*, y est-il dit, » *ne peuvent être considérées que comme des traces* » *un peu différentes d'une affection toujours la même,* » *et non pas comme des maladies de diverses natures.* » *A quoi bon la prétention de les distinguer avant de* » *les combattre ?* »

Nous sommes loin de partager l'opinion du médecin, d'ailleurs célèbre à plus d'un titre, que nous venons de citer.

Nous pensons que l'espèce humaine est malheureusement en butte à une multitude d'affections différentes.

Nous bornerons nos objections à un petit nombre d'exemples, nous réservant de les multiplier par la suite si cela est nécessaire, et si l'occasion s'en présente.

On a dit que toutes les phlegmasies de la peau n'étaient que consécutives de l'irritation gastrique; on a ajouté de plus qu'il n'existait pas de maladies spécifiques. Les malheureuses expériences tentées récemment par quelques élèves en médecine, sur la non-contagion de la syphilis, prouvent assez qu'ils étaient imbus de ces principes. Eh bien!

j'accorde pour un moment que toutes les inflammations de la peau sont consécutives de celle de l'estomac ; qu'on me dise alors pourquoi toutes les gastrites ne sont pas suivies de toutes les phlegmasies de la peau à la fois ? pourquoi toutes les gastrites ne sont pas des érysipèles, des zonas, des scarlatines, des teignes, des varioles, etc. ? Je choisis ces exemples parcequ'ils tombent sous les sens. Comment se fait-il qu'une gastrite donne lieu à un zona, éruption si extraordinaire pour son siége ? Pourquoi une autre occasione la variole ; une troisième la teigne, etc. ? Il faut bien admettre qu'il y a spécialité. Si on s'obstine à le nier sans preuve, qu'on me dise comment il se fait que la gastrite développée par la vaccine, pour m'exprimer dans le nouveau langage, comment la gastrite, dis-je, développée par la vaccine, préserve de la gastrite qui développe la petite-vérole, et ne préserve pas des autres ? Pourquoi une gastrite ordinaire ne met-elle pas à l'abri de la variole, et pourquoi la variole, qui préserve d'une nouvelle gastrite variolique, ne préserve-t-elle pas de toutes les gastrites possibles, ce qui serait un grand bienfait ? C'est qu'il existe sans doute autre chose que la gastrite, ou plutôt c'est que la gastrite n'est qu'une chimère sur-ajoutée à l'histoire des maladies dont nous parlons. Les phlegmasies de la peau sont des plegmasies de la peau, et non des gastrites ; elles peuvent exister ensemble et séparément;

et la plupart des affections cutanées, ainsi que beaucoup d'autres, reconnaissent une spécialité incontestable.

Certes, il serait à désirer qu'il n'existât qu'une maladie ; mais il suffit malheureusement d'ouvrir les yeux pour être convaincu que la nature n'a pas été moins féconde dans les maux auxquels elle nous a exposés, que dans les biens qu'elle nous a dispensés avec profusion.

Quelque pénibles qu'elles soient, ces vérités doivent être connues, car elles nous mettront sur nos gardes, et nous feront chercher à toutes les maladies leur véritable remède.

CINQUIÈME PROPOSITION.

Les forces varient dans tous les individus.

S'il est une circonstance qui doive puissamment modifier le traitement des maladies, c'est assurément le degré de forces des malades. Il était réservé à notre époque de voir nier une vérité aussi palpable. C'est cependant ce qu'il a fallu faire pour établir la nécessité d'un traitement toujours le même. C'est avec une opiniâtreté singulière qu'on s'est élevé contre l'appréciation des forces que nous considérons comme la source la plus précieuse des plus importantes indications thérapeutiques.

Tous les sujets sont loin d'être doués des mêmes forces, et il y a ici autant de différences que d'individus ; mais il n'est pas aussi facile qu'on pense de

déterminer la somme de forces départies à chacun.

On doit, ce nous semble, entendre par *force* un développement avantageux de tous les organes ; l'aisance, la facilité, l'énergie dans l'exécution de toutes les fonctions; la fermeté des chairs, leur coloration légèrement animée, la médiocrité de l'embonpoint, la largeur des cavités, la texture saine et solide de tous les viscères. Tels seront les attributs de la force et de la santé. La prédominance d'un seul organe ou d'un seul système d'organes, tel que le système locomoteur, circulatoire ou tout autre, ne saurait constituer la force, comme on le croit communément. L'homme qui se trouve doué des qualités précieuses que nous venons d'énumérer peut résister avec avantage aux causes morbifiques qui nous assiègent ; c'est avec impunité qu'il bravera la veille, les travaux, les chagrins, l'inclémence des saisons, qu'il pourra commettre des excès dans tous les genres. Aussi faudra-t-il des causes bien plus violentes pour altérer ses organes, ses maladies seront-elles bien plus violentes, et le traitement à employer devra-t-il être bien plus actif que dans tout autre individu.

Le sujet faible se reconnaîtra à la difficulté, à la lenteur de toutes les fonctions ; chez lui la peau sera décolorée, le visage pâle, les membres grêles et décharnés, les chairs flasques et molles, les cavités étroites, les viscères lâches et peu volumineux ; la digestion sera pénible, l'ap-

pétit peu prononcé, les intestins paresseux; la respiration lente et gênée; le pouls petit, à peine sensible, la peau froide; le moindre exercice sera suivi d'une fatigue profonde, les moindres causes le rendront malade. Si cet être faible languit dans la misère, s'il est soumis à un mauvais régime, s'il éprouve des privations cruelles, une abstinence prolongée; s'il est épuisé par des évacuations excessives, des hémorrhagies réitérées, des suppurations abondantes, soumettrez-vous cet individu au même traitement que le précédent? non, sans doute; et si un malheureux de cette espèce avait une douleur à l'épigastre, après avoir souffert plusieurs jours de la faim, vous ne lui appliqueriez pas des sangsues sur le ventre, mais vous lui donneriez quelques aliments réparateurs qui le soustrairaient à une mort certaine.

On nous objectera sans doute que les deux extrêmes dont nous venons de tracer le tableau ne sont pas deux choses opposées, mais seulement deux degrés différents d'une même chose; que ce n'est qu'un plus ou moins, et l'on en tirera cette conséquence que ces deux états n'exigent pas des moyens opposés, mais seulement un degré différent d'un même moyen.

Cette objection n'est que spécieuse. Il est tout aussi exact de dire que les ténèbres les plus profondes et la lumière la plus éclatante ne sont que des degrés différents d'une même chose et non deux

choses opposées, que de prétendre que la force et la faiblesse sont identiques à des degrés différents : jamais personne a-t-il prétendu que la nuit et le jour ne fussent qu'une même chose ? Il est difficile, ce nous semble, de contester ces propositions.

Ces considérations sont, comme on va le voir, de la plus haute importance pour la thérapeutique; car on devra conclure rigoureusement que la même maladie arrivant chez les sujets placés dans les deux états opposés que nous avons décrits devra être traitée d'une manière toute différente.

Je vais plus loin, et je pose un principe aussi incontestable que les précédents : un certain degré de force est indispensable pour opérer la résolution des maladies; si ce degré de force n'était pas nécessaire, il s'ensuivrait rigoureusement que la résolution devrait toujours s'opérer, que le malade ne serait jamais trop faible. L'expérience journalière démontre assez la fausseté de cette assertion.

Mais s'il faut un degré de force donné pour que la résolution des maladies ait lieu, il doit arriver souvent que le malade se trouve au-dessus de ce degré de force, et dès lors on devra l'y faire descendre; et il devra arriver aussi qu'il sera quelquefois au-dessous de ce degré, et dès lors on devra l'y faire monter. Peu nous importe qu'on taxe ceci de *brownisme*, nous croyons que ce que

nous avançons est l'expression exacte de la vérité.

Nous devons ajouter que les états intermédiaires entre la force et la faiblesse sont ceux qui se présentent le plus fréquemment, et de là vient le triomphe momentané de toutes les espèces de traitements. Les moyens les plus opposés n'empêchent pas les malades de guérir. Les toniques et les débilitants peuvent être prônés avec la même bonne foi, et produire les mêmes succès. Les seuls cas extrêmes sont ceux où ces moyens pourraient nuire s'ils étaient employés à contre-sens, c'est-à-dire si l'on donnait du quinquina à un athlète et des sangsues à un octogénaire expirant. Heureusement pour l'humanité, ces cas sont hors de litige.

Pour nous résumer, nous dirons que les partisans des anciennes doctrines conservent avec trop d'opiniâtreté des traditions entachées de la rouille des siècles : les maladies dites essentielles, celles des propriétés vitales et du principe vital, une multitude de prétendues névroses, sont de cette nature ;

Que les réformateurs, en n'admettant qu'une maladie d'une seule nature, et qu'un seul ou un très petit nombre d'organes susceptibles de s'altérer, et qu'un seul mode de traitement, sont tombés dans un excès contraire ;

Qu'enfin les propositions suivantes doivent seules former la base d'un système naturel de médecine :

1° Il n'y a dans l'homme vivant que des organes en exercice ;

Lorsque ces organes sont sains, les fonctions (c'est-à-dire les mouvements de ces organes) sont saines, dans leur état normal, physiologique ;

Si les organes sont altérés, leurs mouvements sont irréguliers, les fonctions sont dans un état pathologique, et réciproquement ;

2° Tous nos organes peuvent être primitivement malades, indépendamment les uns des autres, sans qu'il soit nécessaire que l'un d'eux soit toujours préalablement affecté. On peut ajouter qu'il n'est pas plus nécessaire qu'il devienne malade d'une manière consécutive ;

3° Les fluides entrant pour beaucoup dans notre composition ne peuvent être exempts de maladie ; ils peuvent être primitivement altérés, pécher par excès, par défaut, et être pervertis dans leur composition ;

4° Il est impossible qu'il n'y ait qu'une seule et même maladie. Les affections auxquelles l'espèce humaine est exposée varient autant par leur nature que par leur siége ;

5° Un certain degré de force est nécessaire pour opérer la résolution des maladies ;

6° Il est impossible qu'un seul et même traitement convienne dans toutes les circonstances ; il devra non seulement varier du plus au moins, mais être quelquefois opposé.

Tels sont les principes que nous nous efforcerons de développer, d'appuyer sur des exemples fournis par la nature.

La seule observation des faits peut conduire à la démonstration de ces vérités.

Les faits sont la base fondamentale de toutes les sciences. Toute série de spéculations hypothétiques ne saurait aujourd'hui mériter ce nom. Nous ne sommes plus aux temps où les systèmes pouvaient se passer de la sanction de l'expérience, où il suffisait de quelques raisonnements captieusement enchaînés pour s'attirer l'applaudissement universel. Grâces à la tendance générale des esprits vers le positif, les rêveries des philosophes, des métaphysiciens et des médecins ne jouissent plus du privilége d'être adoptées avec enthousiasme, quoiqu'elles soient revêtues des formes séduisantes de l'éloquence, ou appuyées sur l'autorité des grands noms. Il faut que les systèmes soient évidemment prouvés par la nature pour être reçus avec reconnaissance.

Cependant, il est bien douloureux de le dire, chacun interprétant la nature à sa manière, les faits sont tellement défigurés qu'ils servent alternativement de preuves aux opinions les plus contradictoires. D'où peut venir une telle singularité, si ce n'est de ce qu'ils sont mal observés ou présentés avec mauvaise foi?

Mais comment discerner la vérité du mensonge ou de l'erreur? Comment nous reconnaître au milieu de ce dédale inextricable? C'est en apprenant nous-mêmes à interroger la nature.

On ne s'instruit que par les sens.

C'est aujourd'hui une vérité généralement reconnue par les bons esprits, qu'*on ne s'instruit que par les sens.* Les anciens qui, lorsqu'ils n'étaient pas entraînés hors de la nature par les séductions de leur imagination, observaient ses phénomènes avec une exactitude qui fait encore notre étonnement et notre admiration, avaient entrevu et exprimé dans leurs écrits cette immortelle vérité : mais elle était restée sans fruit entre leurs mains. Il appartenait à la philosophie moderne de la faire briller de tout son éclat, et la gloire d'en faire sortir les résultats les plus avantageux était réservée spécialement à notre siècle. Une fois convaincus que la seule manière d'acquérir une solide instruction c'est de *voir* les matériaux de notre instruction, il ne reste qu'une difficulté, c'est l'occasion de soumettre à l'exercice de nos sens ces mêmes matériaux. Il est si clair, pour les esprits exempts de préjugés, qu'*on ne connaît bien que ce qu'on voit,* qu'on a lieu de s'étonner qu'une idée aussi simple ait pu subir de si longues et si opiniâtres contradictions, et soit restée ensevelie dans les ténèbres pendant tant de siècles.

Pour faire ressortir cette vérité d'une philosophie profonde, qu'il nous soit permis d'entrer dans quelques détails dont la clarté dissipera tous les doutes.

L'imagination la plus féconde pourrait-elle inventer les sensations qui seraient fournies par un sixième sens? N'est-il pas de toute impossibilité de trouver d'autres impressions que celles qui nous viennent par les organes dont la nature nous a pourvus? ne dit-on pas vulgairement de quelqu'un qui s'égare dans un sujet qui lui est inconnu (qu'on me permette cette citation d'un mot populaire qui renferme un sens plus profond qu'on ne pense), ne dit-on pas *qu'il parle de cet objet comme un aveugle des couleurs?* Quelle idée, en effet, peut-il avoir des couleurs et des images des corps, le malheureux dont les yeux n'ont jamais été frappés par la lumière? quelle idée aura-t-il des sons, celui qui dès sa naissance aura été privé de l'ouïe? est-il jamais arrivé qu'on se soit fait une juste idée d'un pays qu'on allait parcourir? Les poëtes nous ont décrit les plaines ravissantes de la Thessalie, les détours multipliés du Méandre, notre imagination les suit avec ravissement : mais, quelque exactes que soient ces descriptions, nous n'avons qu'une idée d'une plaine enchanteresse, ou d'un fleuve délicieux, idée formée par le souvenir des sites que nous avons parcourus; les seuls habitants de ces bords connaissent la vallée de Tempé et les circuits

du fleuve de Phrygie. En quittant le toit paternel, qui ne s'est pas formé de Paris une image basée sur les récits des voyageurs, sur des descriptions même les plus exactes, et n'a-t-il pas vu s'évanouir cette image trompeuse en abordant aux faubourgs de la capitale? Mais je suppose que cette idée générale ait eu quelque ressemblance vague avec la ville qu'on venait habiter, qui jamais eût prétendu connaître cette immense cité, et eût osé se hasarder à marcher sans guide dans ce vaste labyrinthe? et nous ne parlons ici que d'objets dont les analogues nous sont connus. Eh bien! n'est-il pas plus difficile encore de se faire une juste idée de nos organes, de leurs fonctions, de leurs dérangements, si ces organes, si ces altérations ne nous sont pas tombés sous les sens?

Appréciation des descriptions. Utilité de la médecine clinique.

Pour connaître une maladie, il faut donc l'avoir vue, l'avoir observée ; en avoir suivi avec attention les diverses périodes pendant la vie, et les traces après la mort. Sans cela, on ne la connaît point. Mais, dira-t-on, les descriptions exactes des auteurs sont donc inutiles, et lorsqu'on est pénétré des ouvrages des grands maîtres on ne sait donc rien ? il était donc inutile qu'Hippocrate et ses dignes émules dans la carrière de l'observation nous aient transmis le fruit de leurs veilles et de

leur longue expérience? Loin de nous l'idée de soutenir cet étrange paradoxe. Mais, sans nous laisser imposer par cette objection pressante, apprécions à leur juste valeur ces deux genres d'instruction, et voyons quelle différence il peut exister entre un homme qui *a lu*, et celui qui peut dire *j'ai vu*. Le premier, c'est l'homme de cabinet, qui ne connaît la terre que sur des descriptions estimées; le second est le voyageur qui en a parcouru toutes les contrées; celui-là ne peut que douter, celui-ci est certain; le lecteur est obligé de croire, le voyageur juge la description; cette description ne peut être donnée que par celui qui a vu, donc il vaut mieux voir.

Un homme doué d'une vaste mémoire peut entasser dans sa tête les immenses détails de nos organes, de leurs fonctions, de leurs dérangements, celui-là seul les connaîtra qui aura pu les voir et les toucher. C'est alors qu'il pourra lire avec fruit et apprécier les grands maîtres, sans crainte d'épouser leurs erreurs en profitant de leurs vérités. C'est alors que les écarts mêmes de ces hommes de génie pourront lui fournir d'utiles leçons, lorsqu'il sera capable de reconnaître l'écueil sur lequel ils auront échoué. Et quel avantage que de pouvoir juger ces illustres interprètes de la nature!

Voici maintenant quelle est l'utilité des bonnes descriptions : elles nous apprennent à mieux observer nous-mêmes, elles redressent nos erreurs,

elles fixent notre attention sur des objets qui nous échappent. Consultées après que nous avons observé, elles gravent plus profondément dans notre mémoire les phénomènes que nous avons aperçus ; mais jamais elles ne peuvent tenir lieu de l'observation. Il faut toujours interroger la nature ; c'est là le livre où se sont formés les grands médecins ; il faut y lire comme eux-mêmes.

Le but de l'enseignement clinique étant de *faire voir des malades*, ou, pour parler plus exactement, de faire voir des maladies, son immense utilité ne saurait être révoquée en doute.

L'étude de la médecine clinique est le complément de l'éducation médicale, c'est l'application de toutes les branches de la science, c'est l'art. Cette étude, comme l'indique fort bien l'épithète qu'elle a reçue, ne peut se faire qu'au lit du malade. Là doivent s'évanouir toutes les hypothèses, toutes les abstractions, tous les systèmes, devant le flambeau de l'observation : là, on ne doit voir que ce qui est, et non ce que tel ou tel a écrit. Honte à celui qui fait plier la nature à des explications ingénieuses, à des opinions préconçues !

Pour faire voir à quel point de ridicule on peut parvenir en se livrant à cet amour des systèmes, qu'il nous soit permis de dire qu'un homme doué d'ailleurs d'un talent éminent, ayant imaginé une classification des maladies, fondée sur la chimie moderne, n'ayant pu trouver le moyen de faire

entrer dans son cadre une foule d'affections, en avait fait une classe particulière, sous le nom *d'erreurs de la nature.* Certes, c'est porter bien loin la tendresse pour son propre jugement que d'oser accuser la nature même d'erreur !

Coup d'œil sur l'histoire de la médecine clinique.

Dans l'antiquité, la plupart des médecins, occupés à bâtir des systèmes avant d'avoir étudié la nature, occupés à se commenter, à se réfuter réciproquement, ne nous ont presque laissé pour héritage que des chimères. Parmi eux, ceux-là seuls qui ont observé les malades nous ont transmis des descriptions précieuses. Les symptômes et les maladies extérieures ont été parfaitement tracés par eux : preuve nouvelle que ce qui tombe sous les sens est seul susceptible d'être rendu avec fidélité. Hippocrate tient parmi eux le premier rang ; car, au milieu d'une foule d'erreurs absurdes que les copistes ont glissées dans ses écrits, et qui ne peuvent lui appartenir, parcequ'un grand observateur ne peut être un sot, on rencontre un grand nombre de vérités immortelles.

Mais ce n'est pourtant pas dans ces temps antiques qu'il faut aller chercher l'origine de la médecine clinique. Cette médecine, la seule véritable, est une invention toute moderne. Ce n'est pas dans les volumineux ouvrages de Galien, dans ses divisions subtiles et métaphysiques, non plus que dans

les Arabes et les arabistes, exagérateurs des travers de leur maître, comme il arrive toujours, qu'il faut aller chercher les fondements de cette médecine positive. Il faut arriver à Boerhaave, ce génie supérieur, cet éclectique par excellence, pour trouver la véritable origine de la médecine clinique; c'est à ce grand homme qu'appartient la gloire d'avoir créé ce mode d'enseignement. La justice exige qu'on dise que Guillaume Straten, Otho-Heurnius, Sylvius de le Boë en avaient jeté les premiers germes en Hollande, vers la fin du dix-septième siècle.

On fait aussi aux médecins de Hambourg, de Vienne, de Strasbourg, l'honneur d'avoir senti, vers la même époque, la nécessité de semblables institutions; mais leurs essais imparfaits ne furent suivis d'aucuns résultats. Boerhaave succéda à Sylvius, et n'eût-il fait que réparer l'hôpital de Leyde, pour faire des leçons auprès des malades, c'en serait assez non seulement pour lui faire pardonner les nombreuses erreurs qu'on lui reproche, mais encore pour mériter la reconnaissance de tous les siècles. Ses élèves, que nous comptons au nombre des plus illustres médecins, répandus dans les différentes contrées de l'Europe, firent bientôt sentir l'heureuse influence de cette manière d'étudier, et firent éclater en tous lieux la gloire de leur maître. Albinus, Gaubius, Van Swieten, Heister, Haller, attestent l'excellence de la méthode qui les forma. Cullen illustra bientôt l'école d'Edim-

bourg, heureux s'il n'eût pas cherché à faire plier la nature à l'appui de théories subtiles, et à la recherche des causes prochaines des maladies, dans le vain espoir de créer un code complet de médecine inattaquable également par le raisonnement et par l'expérience, et qui l'est en effet, comme il devait l'être, et par l'un et par l'autre. Van Swieten, plus fidèle à la médecine hippocratique, donna dans les hôpitaux de Vienne des leçons publiques qui lui acquirent une réputation brillante et méritée. Stork, quoique médecin philosophe, s'écarta de cette route salutaire, et peu s'en fallut qu'il ne crût avoir trouvé dans la cigüe le remède universel. Dehaën, doué d'une instruction profonde, d'une érudition choisie, d'une grande sagacité, aurait pu parvenir à la perfection, s'il n'eût été aveuglé par un amour-propre excessif. Stoll fut plus sévère que ses prédécesseurs ; mais ses ouvrages, riches de faits, sont quelquefois défigurés par les ténèbres de l'humorisme. Jean-Pierre Franck nous a laissé, sous le titre de *Epitome de curandis hominum morbis*, un des meilleurs ouvrages que la médecine clinique ait produits. Hildenbrand a soutenu jusqu'à ce jour l'honneur de l'école de Vienne.

Je ne parlerai pas des établissements cliniques fondés en Italie : ils sont une preuve nouvelle que la nécessité de ce mode d'enseignement est généralement sentie.

Mais je dois parler de l'institution de la chaire

de médecine clinique, créée lors de la fondation de l'École de santé de Paris. Elle fut confiée à Corvisart, qui la remplit avec le plus rare talent jusqu'au moment fatal où les honneurs des cours vinrent le ravir aux sciences.

Vers la même époque M. Pinel parut. Sous son influence, la révolution médicale, si long-temps attendue, si long-temps préparée, s'opéra. Les hypothèses, les systèmes disparurent ; la raison pénétra dans le sanctuaire d'un art d'où elle avait été si long-temps exilée, et la médecine épurée s'étonna de se trouver au niveau des autres sciences naturelles. Malheur à ceux qui méconnaissent ces bienfaits !

L'hospice de la Salpêtrière est une source féconde d'instruction clinique.

Berceau de la révolution médicale, source précieuse d'où sont sortis la plupart des médecins distingués qui ont répandu, de nos jours, sur le sol de la patrie et dans l'étranger, les bienfaits d'une médecine philosophique, l'hospice de la Salpêtrière ne peut être considéré comme un lieu peu propre à l'observation médicale. Nul établissement ne présente, en effet, plus de moyens d'instruction; c'est une mine inépuisable pour l'observateur attentif.

Sans invoquer ici les puissantes considérations morales qui doivent diriger notre attention et notre intérêt vers la vieillesse, vers cette époque de

la vie où l'homme, ayant payé son tribut à la société, s'est acquis par les travaux d'une longue carrière le respect que tous les peuples accordèrent à cet âge ; sans chercher à attirer la pitié vers ces vieillards, en disant que chacun peut être appelé à donner ses soins aux vieux auteurs de ses jours, et qu'il ne saurait acheter par trop de peines une instruction dont il doit tirer un jour une si douce récompense ; nous dirons que les maladies de cet âge, étant ordinairement cachées sous des symptômes obscurs, il faut bien plus d'exercice et bien plus de sagacité pour porter un diagnostic juste. En effet, la diminution de ce qu'on nomme les propriétés vitales étant un résultat inévitable des progrès de l'âge, il n'est pas surprenant que les altérations d'organes ne donnent lieu qu'à des phénomènes peu marqués, et ne se dérobent ainsi à l'investigation de l'observateur peu exercé ; mais aussi, lorsqu'on sera parvenu à reconnaître d'une manière précise les altérations d'organes chez les vieillards, quelle facilité n'aura-t-on pas à reconnaître et à traiter ces lésions dans les jeunes sujets chez lesquels elles sont annoncées par les signes les moins équivoques ?

Si les symptômes sont lents et obscurs chez les vieillards, les altérations organiques sont généralement bien plus prononcées que dans les autres âges. L'hospice de la Salpêtrière ne renfermant

en général que des personnes sur le point de terminer leur carrière, les secours de l'art luttent bien souvent en vain contre cette inévitable loi de la nature. Nous avons donc, plus qu'ailleurs, le déplorable mais précieux avantage d'interroger les restes de l'homme mort, pour y puiser des leçons utiles à l'homme vivant; avantage rendu plus précieux encore par la faculté que nous avons d'observer dans toutes leurs maladies et pendant plusieurs années les personnes qui succombent; d'avoir par conséquent un commémoratif recueilli par nous-mêmes, et sur lequel nous pouvons compter. C'est faire sentir assez l'importance d'une pareille position, que de dire que c'est seulement dans ce genre de recherches que réside la certitude de la médecine.

Entrons dans quelques détails, pour mieux apprécier cette base sur laquelle doit dorénavant reposer l'édifice médical.

Si, comme on n'en peut douter, la première de toutes les indications est de ne pas nuire, la plus nécessaire de toutes les connaissances est celle de la maladie qu'on doit combattre. Cette vérité, qui au premier aspect pourrait paraître triviale, tant elle est incontestable, mérite cependant quelques développements.

On peut nuire en agissant, comme on peut nuire en ne faisant rien. On peut nuire en traitant d'une manière active, par des médicaments

d'une vertu fortement prononcée, une maladie qu'on ne connaît pas. On nuit, en faisant une médecine expectante dans une affection susceptible de guérison, et qu'on laisse marcher vers le terme fatal faute de la connaître. Beaucoup de médecins croient avoir mis leur responsabilité à couvert lorsque, voyant périr un de leurs malades, ils peuvent dire, *Au moins je ne lui ai pas fait de mal, je ne lui ai rien donné ;* comme si ce n'était pas être essentiellement nuisible que de laisser mourir un malade qu'on aurait pu guérir ! ou bien encore lorsqu'ils peuvent dire, Il est vrai que nous ne connaissions pas la maladie, mais s'il est mort ce n'est pas faute de remèdes, on a donné tous ceux qu'on pouvait administrer.

Ils ne pensent pas que des médicaments prescrits de la sorte offrent mille chances funestes pour une favorable : et cependant combien ne voit-on pas de médecins, qui passent pour les plus recommandables, tenir tous les jours une pareille conduite ?

Avantages de l'anatomie pathologique.

Ces réflexions nous ont naturellement amené à chercher quelle est la connaissance la plus importante que doive posséder le médecin, pour ne pas nuire d'abord ; en second lieu, pour être utile. Sera-ce la connaissance des causes ? mais l'utilité des unes se borne à des modifications de

traitement, et à prévenir, par des précautions convenables, le retour de la même maladie ; la connaissance des autres fournit quelquefois des indications plus importantes, ainsi que nous le verrons plus loin.

Mais dans combien de circonstances la cause n'est-elle pas totalement ignorée? et lorsqu'elle est connue, combien peu fournit-elle d'indications, et influe-t-elle sur le traitement? Qu'importe en effet qu'une péripneumonie soit due à un coup porté sur la poitrine ou à l'impression du froid : la maladie produite, n'est-ce pas toujours l'inflammation du poumon qu'il faut traiter?

Sera-ce donc la connaissance de la nature intime de la maladie? En donnant à ce mot toute son étendue, nul doute que cette connaissance ne fût en effet la perfection de l'art. Mais il est plus que probable qu'elle nous sera toujours cachée, et les efforts qu'on tenterait pour la découvrir ne pourraient conduire qu'à de vaines chimères ; comme l'attestent les systèmes, les divagations de tous les temps, et la route vicieuse que suit encore avec opiniâtreté une école moderne fameuse. Il faut savoir ignorer ce qu'il ne nous est pas donné de connaître.

Sera-ce la connaissance des symptômes? Mais quoi de plus vague que des symptômes seuls? Quoi de satisfaisant peuvent-ils présenter à l'esprit? Lorsqu'après avoir interrogé attentivement

un malade, vous avez reconnu un malaise général, des douleurs vagues dans les membres, une chaleur plus ou moins forte, de l'inappétence, une légère fréquence dans le pouls, avec exacerbation à certaines heures, ou tout autre symptôme aussi peu déterminé ; avez-vous alors une connaissance suffisante de la maladie ? trouvez-vous dans ces symptômes des indications positives et satisfaisantes ? C'est dans ces cas que divers médecins, consultés par le malade, indiqueront un traitement différent, et même totalement opposé. Vous verrez l'un ordonner des sangsues sur l'épigastre ; l'autre un vomitif ; celui-ci un purgatif ; celui-là des délayants et la diète ; un autre enfin les amers et les excitants. Ils ne sauront comment caractériser la maladie : pour le premier, ce sera une gastrite ; pour le second et le troisième, un embarras gastrique et intestinal ; pour le quatrième, une fièvre simple ; et pour le cinquième, une faiblesse d'estomac, une dyspepsie, etc.

Qu'un malade ait, au contraire, à la suite d'un frisson, éprouvé une douleur vive et profonde dans le côté, que le son rendu par la percussion soit mat dans ce côté, qu'il ait expectoré des crachats teints de sang, que le décubitus ait lieu sur le côté malade, etc., tous les médecins instruits et raisonnables reconnaîtront une péripneumonie, et si le traitement diffère, ce ne sera que par de légères nuances.

Le siége d'une maladie, son genre étant fixé, formera donc la connaissance la plus positive, la plus satisfaisante qu'un médecin puisse acquérir dans l'état actuel de la science. Sans cette connaissance l'esprit flotte dans l'incertitude, ne sait sur quel point s'arrêter. Une maladie qu'on peut localiser est donc une maladie infiniment mieux connue que celle dont on ne peut fixer le siége : avouons même que pour ces dernières l'art est encore au berceau. M. le professeur Pinel avait fait d'heureux efforts pour déterminer quel était l'organe lésé dans les fièvres essentielles ; mais ses tentatives méritent d'être poursuivies avec persévérance, et l'on ne pourra se féliciter de connaître cette classe de maladies, que lorsqu'on sera arrivé à l'heureux résultat qu'il s'était proposé. Pour les névroses, il reste aussi beaucoup à faire ; leur siége est encore presque entièrement ignoré : si jamais on vient à le découvrir, ce ne peut être que par le moyen de l'anatomie pathologique. Révoquer en doute cette assertion, ce serait vouloir révoquer en doute l'utilité de l'anatomie pour la connaissance des phénomènes physiologiques. C'est vouloir connaître et expliquer le jeu d'une machine compliquée, sans en avoir étudié les ressorts.

Cependant les médecins qui ne sont pas favorablement placés pour se livrer à des recherches suivies de ce genre sont naturellement portés à

n'accorder aux ouvertures des corps qu'un degré médiocre d'utilité. Parmi les objections qu'ils adressent contre cette espèce d'étude, il en est de plus ou moins fondées. Néanmoins si l'on arrête ses regards sur les ouvrages des médecins les plus recommandables, on s'aperçoit sans peine que ceux qui ont obtenu l'estime la plus générale, ceux dont l'utilité est le moins contestée, sont ceux qui sont basés sur cette espèce d'investigation; il ne faut que se rappeler les recueils de Bonnet et de Morgagni, les traités de Senac, de Corvisart, Bayle, etc., pour être convaincu de la vérité de cette assertion. Cependant, pour ne pas paraître exclusif, pour signaler les écueils de l'abus en même temps que l'utilité de l'usage, ne dissimulons pas les objections qu'on peut nous faire.

1° Beaucoup d'altérations qui n'existaient pas dans la vie peuvent être survenues depuis l'instant de la mort. Comment les distinguerez-vous ?

2° Beaucoup d'autres, au contraire, existantes pendant la vie, peuvent disparaître quand elle vient à cesser; telles, par exemple, que la rougeur érysipélateuse.

3° Enfin, comme le disaient les anciens, et Celse en particulier : *N'est-il pas ridicule de vouloir que le cadavre manifeste à nos yeux les phénomènes de la vie qui n'y est plus, et de penser que les choses sont dans l'homme mort comme elles étaient dans l'homme vivant ?*

4° On peut encore ajouter à ces objections, que, bien que le corps humain soit composé d'organes, que les fonctions soient le résultat du jeu de ces organes, et que le trouble des fonctions doive indiquer nécessairement un dérangement dans l'organe qui l'exécute, ou un organe qui sympathise avec lui, il n'est pas certain que les tissus seuls soient altérés dans les maladies; qu'il n'y a pas de raison pour que les fluides de toute espèce qui circulent dans l'économie ne soient aussi primitivement altérés, puisque tout corps est susceptible de décomposition, et que par conséquent il nous est impossible, dans l'état actuel de la science, d'apprécier ces altérations, qui probablement resteront long-temps encore inconnues.

On ne saurait nier qu'il n'existe dans ces raisonnements plusieurs objections au moins spécieuses, et ce doit être pour les médecins amis des progrès de leur art une source éternelle de regrets. Mais, loin de les décourager, ces difficultés ne doivent que les enflammer davantage pour ces sortes de recherches, les seules qui puissent leur fournir quelques lumières sûres.

Examinons la valeur des objections des dépréciateurs de l'anatomie pathologique.

1° *Il survient des altérations après la mort.* Sans doute, mais l'expérience et le raisonnement sont parvenus à les reconnaître presque toutes. La stase du sang, l'engouement des organes dans quelques

unes de leurs parties, a été reconnu comme un effet purement cadavérique, puisqu'en plaçant un corps sur divers sens, dans les instants qui suivent la mort, on a constamment rencontré cet engorgement dans les parties les plus déclives.

Les concrétions nommées improprement polypeuses, que l'on trouve dans quelques cas, se forment dans les dernières heures de la vie ; il est impossible d'imaginer qu'on pût vivre avec de pareilles concrétions dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux ; en second lieu le sang tiré de la veine, pendant la vie, ne prend jamais le même aspect.

Les gaz contenus dans les intestins peuvent être reconnus dans le vivant. Il est facile de distinguer ceux que la gangrène développe dans nos organes, de ceux que la putréfaction cadavérique y fait naître. La consistance des parties peut encore être appréciée d'une manière juste, par rapport à la température régnante, à l'âge du sujet, à la date de sa mort, circonstances dont on connaît les effets sur elles, etc. On peut en dire autant de leur couleur : tout médecin exercé aux investigations cadavériques apprécie fort bien toutes ces nuances, qu'il serait trop long de faire connaître ici.

2° *Plusieurs altérations peuvent disparaître après la mort.* Oui, mais ce n'est là qu'une conjecture pour les organes intérieurs. De ce que l'érysipèle

disparaît à la peau, ce n'est pas une raison pour que l'injection des autres membranes disparaisse. On voit, en effet, que lorsque des symptômes ont indiqué une phlegmasie d'une manière non équivoque, on en rencontre toujours les traces dans l'organe qui en fut le siége pendant la vie. On ne peut d'ailleurs conclure d'une manière positive sur une simple conjecture, et à supposer qu'ils existent, ces cas doivent être bornés.

3° Malgré les déclamations des anciens contre l'anatomie, on ne pourra s'empêcher d'avouer que notre supériorité incontestée dans la connaissance des phénomènes de la vie n'ait été puisée dans l'étude de cette branche de la médecine. Et nous voyons qu'eux-mêmes, lorsqu'un respect superstitieux pour la tombe empêchait les recherches cadavériques, cherchaient à suppléer à cette étude, en portant leurs regards avides dans les entrailles des animaux, ou en saisissant avec empressement les occasions que de grandes blessures ou de grandes opérations leur fournissaient, d'interroger les organes dérobés par la nature à leur connaissance. Donc ils en sentaient la nécessité.

4° *Des fluides de toute espèce peuvent être altérés.* Mais si malheureusement nous ne pouvons aujourd'hui discerner leurs diverses altérations, qui serait assez téméraire pour oser assurer qu'elles échapperont toujours à la sagacité et aux moyens d'exploration des observateurs à venir?

Nous venons d'exposer avec toute l'impartialité possible le faible côté des recherches cadavériques. Si nous voulions donner une idée de leur utilité, il nous faudrait citer toutes les maladies qui laissent après elles quelques traces : la classe tout entière des phlegmasies, la plus parfaite, la plus satisfaisante de toutes, puisqu'en même temps que ces maladies ont été mieux connues, elles ont été traitées avec bien plus de succès, et que pour elles le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'expérience : la connaissance des lésions organiques de toute espèce ; ici le traitement n'a pas suivi les mêmes progrès, mais l'empirisme aveugle n'est pas plus avancé, et certes si l'on peut espérer de guérir quelques unes de ces désorganisations, c'est sans contredit lorsqu'on aura mieux connu la nature, la marche et le développement de ces altérations ; alors le traitement deviendra rationnel, d'absurde qu'il était. Enfin il est bien plus satisfaisant et bien plus voisin de la perfection de dire : Tel symptôme indique telle lésion, dans tel organe, tel traitement convient ou ne convient pas ; que de dire, Je ne sais pas quelle altération produit les symptômes que j'observe, mais n'importe, il faut traiter le malade, et je vais donner, dans l'espoir de réussir, tel ou tel médicament. Dans le premier cas on sait quelque chose, on ne nuira pas : dans le second, on ne sait rien, on est un empirique, et l'on peut abréger les jours d'un malheu-

reux nécessaire à sa famille et à ses concitoyens.

Pour certains esprits fort étroits, toute la médecine est dans ces mots : *un malade étant donné il faut le guérir ;* et les voilà qui traitent à tort et à travers ; sans s'inquiéter s'ils connaissent la maladie, ils traitent le malade. Ils ont lu ou on leur a dit que *tel médicament était bon contre tel symptôme* ou tel groupe de symptômes, et de gorger les malades de cette drogue ! !

Pour ceux qui, moins habiles, ne veulent pas traiter un malade sans connaître sa maladie, qu'il leur soit permis, malgré les cris improbateurs de la multitude, de poursuivre leurs observations pendant la vie, et leurs recherches après la mort. Ces recherches seules sont la source des connaissances utiles, en donnant au diagnostic toute la certitude qu'il puisse acquérir.

Dispositions qu'il faut apporter dans l'étude de la médecine.

Mais, pour faire des progrès dans l'étude de la médecine, il faut employer dans nos travaux toutes les facultés que nous a dévolu la nature. La plus précieuse de toutes, celle sans laquelle le génie des découvertes ne saurait exister, sans laquelle on est condamné à une incurable médiocrité, c'est l'attention. En vain verrait-on un grand nombre de malades, en vain se promènerait-on au milieu de la mine la plus féconde en matériaux d'observation ; si l'on ne dirige en même temps toute son

attention sur les maladies, si l'on ne porte une avide curiosité sur ces matériaux d'observation, ces objets précieux effleurent à peine nos sens, nous n'en recevons qu'une impression fugitive, comme une glace reçoit l'image des corps sans en conserver la trace la plus légère. Ainsi, l'inattention conduit nécessairement à l'impéritie, et l'impéritie conduit à l'erreur, le plus funeste des maux versés sur le genre humain. Mais pour éviter l'erreur, pour acquérir quelques connaissances positives, une attention ordinaire ne suffit pas : il faut encore que cette attention soit forte et toujours soutenue; la moindre interruption de cette application de l'intelligence peut devenir la source des maux les plus graves; je dis des maux les plus graves, car, en médecine, il n'est pas de fautes légères. Arbitre des destinées des familles, quelquefois même des empires, et toujours dépositaire du bien le plus précieux de ses pareils, la santé et la vie, la moindre faute pouvant compromettre l'une et l'autre, le médecin peut produire les plus grands maux comme les plus grands biens. En effet, si l'attention est un instant suspendue, l'enchaînement des idées ou des faits vous échappe, vous n'entendez qu'une partie d'un tout qu'il faut connaître dans son ensemble, et cette partie peut être contradictoire à cet ensemble; ainsi, d'une démonstration utile vous ne retenez qu'une proposition erronée, et dont l'application peut devenir

fatale. Voulez-vous un exemple frappant, et malheureusement assez ordinaire, du danger qu'entraîne le défaut d'attention : un malade est confié à vos soins; il est en proie à plusieurs affections ; ses plaintes vous font reconnaître l'une d'elles. Satisfait de cette connaissance, votre attention étant tout-à-fait absorbée par elle, vous négligez de la porter vers d'autres viscères ; l'individu meurt, vous l'ouvrez en présence d'autres médecins, et vous apprenez, mais trop tard, qu'une attention plus soutenue eût pu ravir à la tombe un père infortuné, seul soutien d'une nombreuse famille. Un repentir tardif est le fruit amer de cette négligence, et la douleur de votre amour-propre humilié ajoute encore au juste châtiment que vous a mérité ce défaut d'attention. Je pourrais sans peine multiplier les exemples de cette nature. Je pense en avoir dit assez pour vous convaincre de la nécessité de *l'attention*, dans l'étude et dans la pratique de la médecine. Attentifs, vous pouvez devenir d'excellents médecins, ou, comme le disait le premier des orateurs romains, en parlant d'Asclépiade, des bienfaiteurs envoyés par les dieux sur la terre, pour le salut des hommes ; inattentifs, vous en deviendrez les fléaux.

Pour faire quelques progrès dans l'art de guérir, il est encore une condition indispensable ; c'est un amour ardent et pur de la vérité. Toute idée préconçue, tout système doit tomber devant l'obser-

vation. L'erreur dépendante du défaut d'attention est sans doute une faute grave, mais pardonnable enfin, puisqu'elle tient à la faiblesse humaine. L'erreur volontaire est un crime. Malheur à celui qui emploie son talent à faire triompher des hypothèses mensongères! La vérité seule est éternelle; l'erreur peut régner un moment, mais enfin elle disparaît, et ne laisse après elle que les traces et les souvenirs funestes des maux qu'elle a produits. Dire la vérité, est donc la plus grande gloire à laquelle puisse aspirer le médecin observateur. La gloire des Hippocrate, des Sydenham, des Morgagni, sur quelle autre base repose-t-elle que sur la vérité de leurs observations? et si quelques taches déparent leur mérite, n'est-ce pas parcequ'avec de grandes vérités, ils nous ont aussi transmis de grandes erreurs?

L'observation étant le creuset où s'épurent toutes les doctrines, nous devons nous estimer heureux de pouvoir profiter de ses bienfaits. Si les temps modernes sont supérieurs aux temps antiques, c'est sans contredit par ces établissements destinés à admettre l'indigence souffrante. Les hôpitaux honorent notre âge et l'humanité; mais leur utilité ne se borne pas à mettre un terme aux douleurs des malheureux, ils sont encore une source précieuse, féconde, inépuisable d'instruction; c'est là que se trouvent réunies dans un espace circonscrit toutes les maladies qui affligent l'espèce

humaine. C'est là qu'en peu de temps on acquiert une précoce expérience, hâtée par l'abondance des moyens d'instruction. C'est là, c'est au lit du malade qu'on peut vérifier les prétendus oracles que quelques esprits dominateurs se plaisent à dicter.

Mais c'est peu que d'avoir devant nous des matériaux d'instruction multipliés, si nous n'apportons en même temps dans nos études des dispositions d'esprit propres à nous en faire recueillir tous les fruits. En vain mille sujets intéressants seraient-ils présentés à nos regards, si nos yeux étaient couverts du bandeau de la prévention. Il ne saurait exister une disposition plus contraire que celle-là aux progrès des sciences. A quoi bon, en effet, chercher à faire reconnaître à un esprit prévenu les signes d'une maladie, s'il est persuadé d'avance de leur fausseté? A quoi bon même, interrogeant en sa présence les restes inanimés de l'homme, vouloir lui faire reconnaître les altérations des organes? ne verra-t-il pas toujours, selon sa disposition, rouge ce qui est blanc, ou blanc ce qui est rouge; et, selon son caractère plus ou moins impétueux, n'ira-t-il pas jusqu'à exiger par la violence que vous voyiez comme lui? Cet étrange aveuglement n'est-il pas propre à faire faire à la science des pas rétrogrades?

Le doute est donc la disposition d'esprit la plus heureuse pour marcher avec certitude dans le chemin de la vérité. Mais par le doute nous ne voulons pas dire l'incrédulité. L'incrédulité dans les

sciences est une disposition aussi contraire à leurs progrès qu'une confiance aveugle. Si celle-ci adopte également les vérités et les erreurs, celle-là repousse également et les erreurs et les vérités. Celui qui croit tout sans examen fait preuve d'une ignorance timide et paresseuse, il se condamne à la nullité de penser; celui qui ne croit rien fait preuve d'une ignorance présomptueuse, il se condamne à la nullité de savoir. Ainsi, lorsqu'un fait s'offre à notre observation, quelque extraordinaire qu'il nous paraisse, gardons-nous bien de dire qu'il est faux, avant de l'avoir examiné de toute la force de nos sens et de notre intelligence; rien n'annoncerait un orgueil plus téméraire et plus ridicule que de rejeter des observations, par cela seul qu'elles seraient contraires à notre manière de voir: mais gardons-nous également d'adopter sans examen les faits même les plus vraisemblables; l'erreur pourrait être la suite de notre facilité. Le doute est loin d'être le propre de l'ignorance, il est au contraire le partage du savoir.

Voici un exemple bien propre à faire ressortir cette vérité.

On s'accorde généralement à reconnaître comme signes irrécusables, pathognomoniques d'une péripneumonie, la douleur au côté du thorax, la matité du son dans l'endroit correspondant à la douleur, la difficulté de respirer, la toux, le crachement de sang; et pour signes généraux, la cha-

leur à la peau, la fréquence dans le pouls, et la soif; il n'est personne, en effet, qui ne reconnaisse à ces signes une inflammation du poumon. Voici cependant ce que nous avons vu : une femme à peu près sexagénaire accusait une douleur au côté gauche et postérieur du thorax; le son qu'on obtenait par la percussion était mat dans cette partie; il existait de la gêne dans la respiration, de la toux, et du sang était mêlé aux matières expectorées; il y avait dureté, fréquence dans le pouls, chaleur à la peau, soif vive; en un mot, cette malade présentait tous les signes d'une inflammation du poumon. Après un examen très attentif, l'on ne douta nullement de l'existence de cette maladie. Il n'en était cependant rien. La malade succomba, et (comme pour donner un nouveau démenti à ceux qui nient l'utilité de l'anatomie pathologique) l'ouverture seule du corps pouvait, dans ce cas, faire reconnaître la vérité. La cavité gauche de la poitrine contenait une tumeur énorme formée par la dilatation de l'aorte, laquelle était remplie de concrétions fibrineuses; le poumon était parfaitement sain dans sa texture. De cette disposition des parties dépendaient la douleur au côté, le son mat, la difficulté de respirer, le crachement de sang, etc. Vous voyez donc que le doute est le résultat du savoir dans cet exemple. En effet, un médecin à qui les signes de la péripneumonie auraient été connus *n'aurait pas douté*

de l'existence de cette phlegmasie; mais un médecin qui aurait observé un cas semblable aurait eu moins de certitude, il aurait douté. Rien ne serait plus facile que de multiplier les exemples ; dans ce moment, celui-ci doit suffire pour faire voir qu'il faut se défier des gens qui ne *doutent de rien*, selon l'expression vulgaire. Mais si le doute est le dernier terme où nous puissions parvenir par nos travaux, ainsi que tous les bons esprits en sont convenus, il est aussi éloigné de l'hésitation de l'ignorance que du ton tranchant du demi-savoir et du pédantisme.

Cependant, quoique le scepticisme soit la disposition d'esprit la plus heureuse pour acquérir une solide instruction, il est pourtant un excès à éviter. Ici, comme dans tout, l'abus est à côté de l'usage; quoique l'esprit de doute soit la condition la plus favorable pour l'étude, il faudrait se garder de porter cet esprit dans l'exercice de la médecine. Ce n'est pas ici le conseil d'un méprisable charlatanisme; mais la confiance que le médecin inspire à son malade, et l'espérance qui en résulte, favorisant la résolution des maladies par les heureuses modifications qu'elles impriment à l'organisme, on doit éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut en diminuer la salutaire influence. Or, le public est peu philosophe ; il confond sans discernement et le doute du savoir et l'hésitation de l'impéritie.

Nous signalons cet abus du doute, plutôt pour

n'avoir pas à nous reprocher une omission que pour donner un conseil que nous jugeons bien nécessaire. L'esprit de notre génération n'est pas tourné vers l'excès du doute. Il faut l'avouer, soit paresse de réfléchir, soit amour-propre, nous sommes enclins au ton tranchant et dominateur; nous voulons avoir toujours raison, nous ne voulons pas souffrir que d'autres examinent nos opinions, et surtout nous avons le grand tort de ne pas nous donner la peine d'examiner les leurs. Nous sourions dédaigneusement lorsqu'on oppose à notre manière de voir une manière différente : nous seuls avons vu la lumière, nous seuls sommes infaillibles.

Pense-t-on qu'une semblable disposition soit bien favorable aux progrès de la médecine? Ne ressemblons-nous pas aux Égyptiens, aux Chinois, qui, persuadés de la perfection et de la supériorité de leurs arts et de leurs sciences, refusaient d'admettre parmi eux les arts et les sciences des autres peuples, et ne sommes-nous pas menacés comme eux de croupir dans une éternelle ignorance? Le véritable moyen de découvrir le vrai n'est-ce pas de ne rejeter aucune opinion sans un examen attentif, et de n'adopter rien sans une mûre réflexion? Gardons-nous de nous laisser influencer par l'autorité des noms, par l'ascendant de l'exemple, par le fanatisme contagieux des génies systématiques; conservons à notre esprit cette noble liberté qui permet au jugement d'apprécier les idées les plus

séduisantes, qui ne sont que trop souvent les enfants d'une imagination en délire : mais gardons-nous de présumer tellement de la justesse de notre esprit, qu'après avoir avancé une opinion quelconque, il ne nous soit plus possible de la rétracter. C'est bien souvent cet amour-propre déplacé qui nous empêche de revenir sur des opinions erronées que nous avions émises, et qui nous fait en avancer de plus absurdes encore pour soutenir les premières. Si nous sommes tombés dans l'erreur, avouons noblement notre faute, et, passionnés pour la seule vérité, confessons que nous l'avons méconnue ; c'est un des plus beaux triomphes de la philosophie.

Un homme dont nous sommes loin de contester le mérite nous donne tous les jours des exemples remarquables en ce genre ; il écrivait en 1816 : « La phlogose obscure de la membrane muqueuse » de l'estomac et des intestins a cependant frappé » plusieurs observateurs modernes dans l'étude de » l'anatomie pathologique. Je citerai particulière» ment M. Prost, qui, dans trois ouvrages impri» més, 1° *La médecine éclairée par l'observation » et l'ouverture des corps*, 2° *Coup d'œil sur la folie*, » 3° *Essai sur la sensibilité*, s'est étudié à prouver que » l'irritation de cette membrane peut exister pen» dant long-temps sans douleur locale, qu'elle pro» duit le trouble des fonctions animales, et une » foule de lésions qu'on attribue d'ordinaire à toute

» autre cause. Ce mécanisme lui a paru si fréquent, » qu'il n'a pas hésité à attribuer exclusivement à la » souffrance de la muqueuse gastro-intestinale les » fièvres intermittentes, toutes les ataxiques sans ex- » ception, et même la manie. » Écoutez, messieurs, c'est toujours le même auteur qui parle : « J'ai trop » souvent rencontré cette membrane en bon état *à » la suite des typhus les plus malins*, j'en ai vu un trop » grand nombre s'améliorer par l'emploi des stimu- » lants les plus énergiques, pour partager l'opinion » de ce médecin sur la cause de la fièvre ataxique. » Les causes de la manie sont trop nombreuses, » celles des fièvres intermittentes sont trop peu » connues dans leur mode d'action, pour qu'aucun » praticien adopte la théorie de M. Prost sur ces ma- » ladies (1). »

On aura sans doute de la peine à reconnaître à ces paroles l'auteur des *Phlegmasies chroniques* et de l'*Examen des doctrines médicales*. On sait que bien qu'il *eût vu trop souvent la membrane muqueuse gastro-intestinale en bon état dans les typhus les plus malins, et ces maladies s'améliorer sous l'emploi des stimulants les plus énergiques*, il a eu l'héroïsme d'adopter sans restriction la théorie de M. Prost. En effet, dans ses premiers cours et dans son premier *Examen*, il a affirmé que l'état fébrile dépendait toujours de l'irritation primitive ou secondaire

(1) *Phlegmasies chroniques*, deuxième édit., t. II, p. 7.

de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; mais depuis, ayant eu occasion de voir que des phthisiques digéraient parfaitement bien, quoiqu'ils eussent habituellement une fièvre intense, et qu'à leur mort on ne trouvait aucune rougeur dans l'estomac, le même auteur a sagement admis que la seule irritation du poumon, indépendamment de l'estomac, pouvait donner lieu à l'état fébrile. Ayant eu aussi occasion de voir des maladies cérébrales provoquer la fièvre, sans que l'autopsie ait démontré l'irritation de l'estomac, le même auteur a d'abord avancé que la gastrite avait disparu ; et plus tard, il a eu la noblesse d'avouer que l'irritation du cerveau pouvait faire naître l'état fébrile sans l'intermédiaire de l'estomac. Bien plus, dans le premier *Examen*, le quinquina, le camphre, et autres excitants, sont signalés comme des substances incendiaires et meurtrières, et ceux qui les emploient, comme toujours assassins ; mais dans le dernier *Examen*, revenant à la doctrine des phlegmasies chroniques, nous voyons qu'une foule de maladies réclament le traitement tonique, stimulant, et ne guérissent que par lui. On reconnaîtra là la conduite d'un esprit supérieur aux faiblesses de l'amour-propre, et qui, de concessions en concessions, finira sans doute par arriver à la vérité. A son exemple, nous nous garderons d'une obstination coupable et dangereuse. Quelques gens épigrammatiques, il est vrai, voyant que le même

écrivain rejette, dans son dernier ouvrage, l'utilité des ouvertures de corps et du diagnostic, ont pensé que c'était vraisemblablement parceque ces deux bases de la certitude médicale donnaient de fréquents démentis à la doctrine dite physiologique. Il est incontestable que si nous nous en rapportons aux nombreuses ouvertures que nous faisons, et dont nous rendons le public témoin, ces reproches pourraient bien n'être pas sans fondement. Quoi qu'il en soit, il est certain que la vérité doit jaillir de la lutte actuelle, si chacun apporte à sa recherche la même facilité à abandonner ses erreurs que le médecin dont nous venons de citer une partie des rétractations multipliées.

C'est bien injustement que ces rétractations ont paru à quelques uns un défaut de solidité dans la manière de voir et de penser; n'est-il pas mieux de ne trouver dans cette conduite que la sagesse et la franchise avec laquelle l'auteur est rentré dans le sentier de la raison, dès qu'il s'est aperçu qu'il s'était égaré? et quoique chacune de ces opinions ait été soutenue avec la plus ferme assurance, comme une vérité incontestable, les personnes bien intentionnées ne balanceront pas à reconnaître ici le triomphe du doute philosophique.

N'est-ce pas là cet amour de la vérité, cette facilité à abjurer l'erreur, cette flexibilité d'esprit que nous demandons, et que nous nous plaisons à louer dans autrui? Nous nous efforcerons aussi d'en donner des

preuves : nous reconnaîtrons avec plaisir les heureuses modifications que le professeur du Val-de-Grâce a imprimées à la médecine, et nous signalerons avec franchise ce que nous croyons être contraire à la vérité.

But de la médecine.

Jusqu'ici nous nous sommes borné à exposer les propositions fondamentales de notre système médical, nous nous sommes étendu sur la manière d'acquérir une instruction solide, et principalement sur l'esprit qu'il faut apporter dans la recherche de la vérité ; mais ce n'est point assez. Savoir est beaucoup, être utile est plus encore. En effet, toute science qui n'a pas pour fin l'utilité de l'espèce humaine mérite peu d'intérêt de la part du philosophe ; et si l'on prend cette utilité pour base de la hiérarchie des sciences, le premier rang appartient, sans contredit, à la médecine. Elle ne serait elle-même que l'objet d'une curiosité stérile, si, se bornant à faire connaître l'homme sain et malade, elle n'enseignait en même temps les moyens de conserver la santé, et ceux de la rétablir lorsqu'elle est altérée. L'hygiène remplit le premier objet, et la thérapeutique le second.

En vain la philosophie trouverait-elle un avantage immense dans la connaissance de l'organisme: cet avantage, tout immense, tout incontestable qu'il est, ne saurait être mis en comparaison avec celui

de retirer un seul malheureux des portes du trépas. C'est par le traitement des maladies que nous obtenons ce résultat heureux.

Ce traitement se compose de deux parties essentiellement distinctes : la première est la connaissance des indications à remplir ; la seconde est la connaissance des moyens que la nature a mis en nos mains pour remplir ces indications. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur ce sujet, si digne de toute notre attention.

Indications thérapeutiques.

La nature, infiniment variée dans ses productions, a versé sur cette terre le bien et le mal avec une prodigalité, une profusion égales. Les végétaux dont elle a couvert notre globe sont aussi différents par leurs formes que par leurs qualités : les uns sont des aliments salutaires, les autres sont des poisons meurtriers. Cette diversité qu'elle a mise dans ses productions végétales, nous la retrouvons dans les animaux, nous la retrouvons même dans l'espèce humaine.

L'espèce humaine est tellement variée, qu'on peut dire qu'il n'est pas deux individus qui soient parfaitement dans les mêmes circonstances. Force, stature, constitution, âge, sexe, idiosyncrasie, habitudes, tout varie dans l'homme. Hé bien, ce sont ces circonstances individuelles, si différentes et si nombreuses, qui doivent imprimer au traite-

ment des maladies les modifications les plus importantes. Il est, en effet, absurde de penser qu'on puisse traiter l'individu décrépit comme l'enfant au berceau, et l'Hercule de Farnèse comme un sujet faible et débile. Si tous les sujets étaient du même âge, de la même force, de la même constitution, etc., nous n'aurions sous ces divers rapports qu'une seule indication à remplir, et le même moyen devrait convenir à tous ; mais il s'en faut qu'il en soit ainsi.

Indépendamment de ces circonstances individuelles, il en est qui dépendent des maladies elles-mêmes, qui donnent encore lieu à des modifications plus importantes de traitement. Ainsi, le siége et la nature de la maladie, ses causes, sa marche et sa durée, doivent faire varier à l'infini la manière de la traiter.

Du diagnostic considéré comme base de tout traitement rationnel.

On éprouve toujours un embarras extrême lorsqu'il s'agit de prouver une proposition trop claire. *Le diagnostic des maladies peut-il être utile à leur traitement?* La réponse à cette question est si naturelle, que les arguments nous manquent pour l'appuyer.

On aura peine à croire un jour qu'une pareille question ait été agitée dans notre âge; et, en effet, pour prouver que la connaissance des maladies est

inutile, il faut oser dire qu'il n'existe qu'une seule et même affection, qu'il ne doit en conséquence y avoir qu'un seul et même traitement. Cette étrange proposition a droit de nous surprendre, et nous aimerions autant entendre dire, qu'on me pardonne ces comparaisons, que la baleine et le colibri, l'homme et le polype, le cèdre du Liban et la mousse, sont des êtres identiques, parceque leurs éléments sont semblables, que d'entendre affirmer que la peste et l'apoplexie, la variole et la fluxion de poitrine, l'épilepsie et la teigne, la rage et le zona, *ne sont que des nuances légères d'une affection toujours la même.*

L'homme est malheureusement sujet à une multitudes de maladies diverses, qui toutes réclament un traitement différent; et la première de toutes les conditions pour combattre convenablement une maladie, c'est de la connaître.

Enfin, toute médecine rationnelle est fondée sur le diagnostic; il ne peut en exister d'autre. Les erreurs de diagnostic sont les plus funestes, ce sont celles qui font les plus nombreuses victimes; et pour nous borner à un petit nombre d'exemples, combien n'y a-t-il pas de danger à prendre une hernie étranglée pour une simple inflammation des intestins ou du péritoine, et réciproquement, c'est-à-dire une inflammation de ces organes par une hernie étranglée? Dans le premier cas, on laisse mourir le malade faute de l'opéra-

tion, et dans le second, on tue le malade en ajoutant à l'affection déjà grave qui existe, le mal d'une opération inutile. Nous avons été témoin d'un fait de ce genre.

Un des exemples qui nous ont le plus confirmé dans notre opinion sur l'utilité du diagnostic est celui qui nous a été fourni par les expériences de Mauduyt sur l'électricité médicale, expériences citées avec les plus grands éloges par Hallé. Il y est dit que l'électricité fut administrée à cinquante et un *paralytiques.* Le mode d'électrisation et ses succès divers y sont notés avec beaucoup de soin ; quelques paralytiques guérirent, quelques uns succombèrent, un certain nombre éprouva du soulagement, quelques autres empirèrent, etc. Ne se fût-on pas épargné tous ces soins, et n'eût-on pas évité aux malades les tourments d'un remède inutile, si l'on eût su, ce que nos observations nous ont appris depuis, que la paralysie n'est que le symptôme de plusieurs affections différentes, et que le même traitement ne saurait leur convenir ; qu'elle dépend d'une hémorrhagie du cerveau, d'un ramollissement, d'un cancer de cet organe, d'une tumeur des parois du crâne, ou d'un fongus de la dure-mère, etc., etc., affections bien différentes, et que l'électricité ne saurait dissiper? Cette variété de maladies n'explique-t-elle pas les succès divers produits par l'électricité ? Ne voyez-vous pas se résoudre les épanchements,

se terminer par la mort les ramollissements, les affections chroniques rester stationnaires, etc.? Mais l'on pensait alors que toute paralysie était une affection nerveuse, qu'elle consistait seulement dans la diminution de la sensibilité et de la contractilité, et, d'après ces idées erronées, on administrait dans tous les cas l'électricité. C'est d'après ces mêmes idées qu'on a depuis préconisé la noix vomique. N'est-il pas vrai que le meilleur médecin n'est pas celui qui fait administrer sans discernement l'électricité ou la noix vomique, mais bien celui qui, reconnaissant d'abord l'altération organique qui produit la paralysie, sait apprécier les ressources de la nature et l'insuffisance de l'art? Toute la thérapeutique n'est-elle pas dans la connaissance des maladies? Avouons donc que le médecin le plus habile n'est pas celui qui donne le plus de médicaments, mais celui qui les donne avec le plus de sagacité; c'est-à-dire dont le diagnostic est le plus juste.

Des causes des maladies considérées comme indications thérapeutiques.

Après le diagnostic des maladies, la connaissance des causes qui les produisent nous fournit une multitude d'indications importantes. On a prétendu d'une manière trop générale que la maladie une fois produite, peu importait sa cause, qu'il fallait alors la traiter sans s'occuper de cette cause. L'expérience dément tous les jours cette assertion; tous les

jours nous voyons se confirmer cet axiome de physique, qu'en enlevant la cause on fait cesser l'effet. La première chose à faire lorsqu'on veut traiter un malade, n'est-ce pas de le soustraire à la cause qui a produit son affection : et que feront nos vains remèdes contre une cause sans cesse agissante? Un malheureux est conduit au tombeau par une cause morale ; que feront nos médicaments si l'on ne commence par faire disparaître cette cause? Qu'auraient fait toutes les drogues de la pharmacie contre l'amour d'Antiochus ou de Perdiccas : fallait-il, pour les guérir, leur administrer des vomitifs ou des excitants, leur mettre force sangsues sur l'épigastre? Non sans doute, le vrai remède c'était Stratonice, c'était Phila.

Des individus sont-ils entassés dans des cachots étroits, dans des hôpitaux encombrés, ils sont frappés du typhus ; rendez-les à la liberté, faites circuler abondamment l'air atmosphérique dans leur réduit, et vous ferez cesser les accidents.

Vivez-vous sur les bords insalubres des marais Pontins, vous serez en proie à des fièvres intermittentes rebelles ; en vain vous prendrez des doses énormes de quinquina, la maladie n'en existera pas moins, incessamment reproduite par sa cause. Abandonnez ces lieux empestés, et la fièvre disparaîtra sans remède.

Cet artisan soumis à des émanations métalliques est sujet à des coliques atroces ; son exis-

tence est compromise s'il ne change de profession.

Ce que nous disons ici peut s'appliquer à toutes les causes prédisposantes, et à une multitude de causes spécifiques. C'est sans doute des causes occasionelles qu'on a voulu parler lorsqu'on a dit qu'elles ne méritaient aucune importance; en effet, elles en méritent beaucoup moins que les précédentes.

De la nature des maladies considérées comme indications thérapeutiques.

Nous avons fait voir précédemment que toutes les maladies n'étaient pas de la même nature ; que la plupart des phlegmasies reconnaissaient une spécificité, ou du moins une spécialité. Cette spécialité, cette spécificité une fois admise, il faudra bien reconnaître des traitements spéciaux ou spécifiques, c'est-à-dire renoncer aux espérances décevantes d'une maladie universelle et d'une panacée. Nous avons démontré, de plus, que toutes les maladies n'étaient pas des irritations, que les fluides pouvaient être altérés de plusieurs manières; que le sang, par exemple, pouvait être augmenté en abondance, plus riche, plus réparateur, plus plastique que dans l'état ordinaire, ce qui constituait l'état pléthorique ; que le même fluide pouvait être en défaut, que même il pouvait être altéré dans sa composition, ce qui était reconnu par tout le monde dans le scorbut. Nous avons ajouté que si le

sang nous offrait ces diverses modifications, il ne répugnait nullement de les admettre dans les autres fluides qui entrent dans la composition de l'économie animale. Indépendamment de ces exemples, il est certain pour nous que beaucoup d'altérations morbides ne sont pas le résultat de l'irritation. Il est douteux que les névroses générales, telles que l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, la danse de Saint-Vyth, soient des inflammations; il est plus que douteux que la syncope et l'asphyxie soient des inflammations. Nous en dirons autant d'une multitude d'altérations pathologiques; l'ossification des organes et principalement des vaisseaux n'est nullement le résultat de l'irritation; elle est l'effet inévitable des progrès de l'âge, et j'aimerais tout autant qu'on m'affirmât que la digestion, la nutrition et l'accroissement sont des résultats de l'irritation, que de me dire que le dépôt de phosphate calcaire dans les organes est le produit de l'irritation. La gangrène sénile n'est pas davantage un phénomène d'irritation, non plus que l'hypertrophie ou l'atrophie des organes, etc.

Nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous parlerons plus particulièrement des indications thérapeutiques, il nous suffira pour l'instant d'avoir démontré qu'il existe beaucoup de maladies qui ne sont pas des irritations, pour avoir droit de conclure que le traitement doit varier suivant la diversité de leur nature.

De la marche des maladies et de leur durée, considérées comme indications thérapeutiques.

Il est encore quelques circonstances qui doivent faire varier la conduite du médecin dans le traitement des maladies, je veux parler de leur marche, c'est-à-dire du mode selon lequel se succèdent les phénomènes qui les constituent; et de leur durée, c'est-à-dire de l'espace compris entre leur début et leur terminaison. Dans la marche des affections, leur type continu, rémittent ou intermittent, constitue l'une de leurs différences principales, et nécessite l'emploi de moyens différents; et quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur l'essence des maladies, il n'y aura jamais qu'un seul mode de traitement pour celles qui sont intermittentes; mode bien différent de celui qui convient aux maladies continues et rémittentes.

La marche aiguë ou chronique apporte aussi dans la méthode thérapeutique les modifications les plus dignes d'intérêt; jamais médecin ne s'avisa de traiter de la même manière une maladie aiguë ou une maladie chronique. Pour peu qu'on soit versé dans la pathologie, il n'est pas permis d'ignorer qu'une maladie violente dont les phénomènes se succèdent avec une effrayante rapidité, et qui menace d'une mort prompte celui qui en est frappé, doit être traitée différemment que celle qui marche avec lenteur, et dont les phénomènes peu intenses font pressentir une durée illimitée.

Ce que nous disons ici de la marche aiguë ou chronique des maladies s'applique directement à leur durée.

Le traitement varie encore suivant l'époque de la maladie ; tel traitement qui eût convenu dans le principe, ne convient plus dans l'*état* de cette maladie, et moins encore vers son déclin. Hippocrate ne voulait pas qu'on saignât un malade passé le septième jour. A la vérité, l'expérience a depuis démontré que les craintes d'Hippocrate étaient mal fondées. Mais il est incontestable que les émissions sanguines pratiquées dans les premiers jours d'une affection aiguë sont bien plus efficaces que les jours suivants. On les voit souvent alors faire disparaître les maladies comme par enchantement, tandis que plus tard elles sont souvent inutiles, et quelquefois funestes.

Des forces considérées comme indications thérapeutiques.

Nous ne répèterons pas ici ce que nous avons dit au sujet des forces des divers individus; il en est résulté, je pense, la conviction qu'il existe une faiblesse réelle, absolue, comme une force réelle, une force absolue; qu'il existe une force apparente et une faiblesse apparente; qu'il est des signes propres à faire discerner ces divers états; qu'un certain degré de forces est nécessaire pour obtenir la résolution des maladies; que l'habileté médicale consiste à ne pas confondre ces circonstances et à

varier le traitement des maladies suivant qu'elles l'exigent.

Des âges considérés comme indications thérapeutiques.

A cela près de quelques modifications légères, ce que nous avons dit des forces s'applique également aux âges.

Il ne faut pas une connaissance bien profonde de l'organisme pour être frappé des différences que l'âge apporte dans les individus. Les gens du monde les plus superficiels reconnaissent, aux traces que le temps imprime à l'habitude extérieure du corps, la diversité des âges. Le médecin plus attentif ne voit à ces traits extérieurs que les signes de changements plus importants survenus dans les viscères, changements qui rendent les organes aptes à contracter des affections particulières, et qui indiquent une méthode de traitement qui leur soit appropriée. Il n'est en effet personne qui consentît à traiter le vieillard décrépit, ou l'enfant au berceau, comme l'adulte dans toute sa vigueur.

Dans l'être faible chez lequel l'existence commence, le nouveau mode de circulation qui s'établit occasione des congestions cérébrales, des apoplexies fréquentes; l'accumulation des mucosités dans les voies aériennes, si étroites à cet âge, produit des asphyxies mortelles; les nouvelles fonctions du foie expliquent les ictères qui se manifestent dans l'enfance. Le nouveau mode d'alimen-

tation, le peu de consistance du canal intestinal, donnent raison de la fréquence des irritations intestinales ; l'action de l'air sur la peau et les conduits aériens détermine les phlegmasies de ces organes, etc.

Le développement du système nerveux chez les enfants les expose aux inflammations des méninges, du cerveau, à l'épilepsie, aux convulsions ; l'activité du système cutané, aux diverses maladies éruptives.

Dans la j unesse, la prédominance du système respiratoire explique la fréquence des hémoptysies, des pleurésies, des péripneumonies, des phthisies, etc.

L'âge adulte, terme de l'accroissement, lorsqu'il ne présente aucune prépondérance, que tous les organes sont dans un juste équilibre, n'est prédisposé à aucune affection ; il résiste également à toutes les causes morbifiques, comme il peut être également affecté par toutes : on observe toutefois que les maladies abdominales sont plus particulières à cet âge.

Lorsque, par les progrès des ans, l'organisation commence à se détériorer, une nouvelle série de phénomènes, source de nouvelles affections, se développe à nos yeux. L'altération du système nerveux, plus consistant et moins développé dans la vieillesse que dans les autres âges de la vie, nous explique l'amaurose, la surdité sénile, les tremble-

ments, les incontinences ou les rétentions d'urine, la démence. L'accumulation du phosphate calcaire dans tout le système circulatoire deviendra l'origine d'une multitude d'affections susceptibles d'une explication mathématique : le sang ne pouvant être poussé dans l'aorte, stagnera dans le ventricule gauche, de celui-ci dans l'oreillette du même côté, de là dans le poumon, où il occasionera d'abord la gêne de la respiration, puis la congestion augmentant par la persistance de la cause, des hémoptysies consécutives; agissant ensuite comme corps étranger, il déterminera des inflammations de cet organe; l'injection des bronches, l'augmentation de leur exhalation, leur phlegmasie, seront la suite nécessaire de cette nouvelle disposition organique. Les cavités droites du cœur ne pouvant se vider dans le poumon, le sang stagnera dans les tissus perméables, et finira par faire naître toutes les phlegmasies thoraciques et abdominales. Pensez-vous que ces inflammations, purement mécaniques, doivent être traitées comme les phlegmasies franches de la jeunesse? non sans doute, elles réclament un traitement bien différent.

Sans pousser plus loin l'examen des mutations que l'âge apporte dans la texture de nos organes, il nous est facile de conclure qu'avec de nouvelles dispositions à des maladies différentes il apporte nécessairement de nouvelles indications thérapeutiques.

Des constitutions considérées comme indications thérapeutiques.

Il est rare qu'un équilibre parfait règne dans tous les systèmes de l'économie animale. Cette merveilleuse harmonie n'a peut-être jamais existé que dans l'imagination des anciens. Presque toujours quelque système semble dominer tous les autres et les tenir sous sa dépendance. Chez l'un, les systèmes circulatoire et respiratoire jouissent d'une grande prépondérance ; chez l'autre, le système digestif semble appeler sur lui toutes les forces de l'organisme ; celui-ci se distingue par le développement de l'appareil de l'innervation ; la prédominance du système locomoteur est l'apanage de celui-là Il est facile de concevoir que ces dispositions organiques entraînent des maladies différentes et impriment aux mêmes maladies des modifications qui doivent influer sur la manière de les traiter.

En effet, celui que distingue l'énergie des systèmes circulatoire et respiratoire sera disposé aux inflammations les plus aiguës et les plus violentes, que l'on combattra victorieusement par des saignées abondantes et copieuses.

Ces moyens seront moins nécessaires à l'homme chez qui l'appareil digestif aura un surcroît d'activité ; la diète, les délayants, les laxatifs favoriseront chez lui la résolution des maladies.

Un traitement particulier conviendra à l'athlète, et un traitement opposé à celui dont tous les appareils languiront dans une funeste atonie, etc.

Du sexe considéré comme indication thérapeutique.

Les sexes n'offrent pas une diversité moins grande dans les indications qu'ils nous fournissent, et pour ne parler que des femmes, leurs maladies ont paru si fréquentes qu'elles ont fait éclore des traités spéciaux très volumineux. Trois époques réclament surtout l'attention du médecin, je veux parler de l'établissement de la menstruation, de sa disparition, de l'état de grossesse, de la parturition et de ses suites. Dans ces diverses circonstances la femme réclame des soins particuliers ; l'incurie ou l'ignorance peuvent entraîner les suites les plus fâcheuses.

La pléthore qui s'établit chez les femmes à l'époque de la puberté occasione des congestions vers la tête, vers la poitrine ; de là, les vertiges, les éblouissements, les tintements d'oreille, les céphalalgies, les bouffées de chaleur au visage, les suffocations, les hémorrhagies supplémentaires, les phlegmasies de tous les viscères, le pica, la leucorrhée, etc. ; la disparition des menstrues produit des résultats analogues, et réclame à peu près les mêmes moyens, toutefois modifiés par l'âge. Dans le cours ordinaire de leur existence, l'aménorrhée ou la disménorrhée fournissent les indications

les plus importantes. Malheur à celui qui les méconnaît! L'état de grossesse n'est pas moins fécond en indications thérapeutiques, et les inflammations de l'utérus, du péritoine, les hémorrhagies de la matrice, suites de l'accouchement, exigent aussi des moyens particuliers. Nous nous dispenserons d'énumérer les diverses maladies des femmes, persuadé que nous en avons dit assez pour prouver que, dans la majorité des cas, elles ne doivent pas être traitées comme des individus de l'autre sexe.

Des habitudes et des idiosyncrasies considérées comme indications thérapeutiques.

L'influence que les habitudes exercent sur l'organisme a de tous temps attiré l'attention des médecins. Leur puissance est telle qu'elle peut entièrement changer le mode de traitement des maladies. On a vu des gens habitués à boire plusieurs bouteilles de vin et d'eau-de-vie par jour, qui, affectés d'inflammations violentes, prenaient encore une forte dose d'eau-de-vie et quelques bouteilles de vin, et guérissaient sous l'influence de cette diète très sévère pour eux. Lorsque les déplorables évènements de 1814 eurent amené sur le sol de la patrie les hordes du Nord, nous avons vu ces Tartares traités de cette manière et guérir; tandis que nous avons vu succomber ceux qu'on traitait plus rigoureusement.

Les idiosyncrasies, les goûts et les répugnances de chaque individu, ce que les gens du monde appellent leur tempérament, doivent être étudiés avec le plus grand soin. Il peut en découler une foule d'indications utiles pour le malade, et qui, saisies avec sagacité, feront le plus grand honneur au médecin.

Telles sont les principales circonstances qui font varier le traitement des maladies. C'est la connaissance, c'est l'appréciation exacte de ces circonstances, qui constituent le véritable médecin. Celui-là seul est digne de ce nom, celui-là seul peut aspirer à retirer ses malades des bords de la tombe, qui base ses prescriptions sur les données que nous venons d'exposer. Celui dont l'intelligence ne s'élève pas jusqu'à ces considérations, qui, par impéritie, ou par spéculation, se borne à prescrire des médicaments sur les chances misérables du hasard, n'est qu'un empirique méprisable. Vainement se fonde-t-il sur les succès qu'une prétendue expérience lui a donnés, il faut que la raison puisse se rendre compte de ces succès; tout doit comparaître devant son tribunal: dans le siècle où nous sommes, il est temps enfin qu'elle nous éclaire de son flambeau. Et pourquoi la bannirait-on de la médecine, qui doit être la plus philosophique, c'est-à-dire la plus raisonnable des sciences humaines?

Des moyens que nous possédons pour remplir les indications thérapeutiques.

A quoi nous servirait d'avoir péniblement fixé notre attention sur un malade sous les divers rapports dont nous venons de parler, si la nature n'avait mis en nos mains une multitude de moyens propres à combattre les maladies ? Ce ne serait pour nous qu'un travail pénible et fastidieux, et nous serions condamnés à demeurer spectateurs inutiles de la destruction de nos semblables. Heureusement qu'il n'en est point ainsi, et nous possédons une foule de moyens avoués par la raison ou par une saine expérience, capables de rétablir la santé dans un grand nombre de circonstances. La connaissance de ces moyens constitue la *matière médicale* proprement dite.

Aucune science humaine n'a été et n'est encore infectée de plus de préjugés que celle-là ; chaque dénomination de classes de médicaments, chaque formule même est, pour ainsi dire, une erreur. Éloignons nos regards de ces objets pénibles, nous n'aurons que trop souvent l'occasion de les reporter sur cette matière.

Bien des gens frappés de l'imperfection de la matière médicale ont osé en nier l'utilité et même l'existence. Pour se convaincre de la fausseté de cette assertion, il suffit de penser un moment :

1° Qu'il existe des maladies, par conséquent des causes de maladies ;

2° Que ces maladies se terminent bien ou qu'elles se terminent mal ; par conséquent qu'il existe des causes qui favorisent l'une ou l'autre terminaison: d'où l'on conclura qu'il faudra soumettre ou soustraire le malade à ces influences, pour le guérir, ce qui est déjà une espèce de *matière médicale;*

3° Que s'il existe des substances dont l'action bien connue modifie notre organisme d'une certaine façon, ces modifications peuvent être utiles dans certains cas, ce que l'expérience et la raison prouvent à l'envi.

Passons rapidement en revue les points les plus intéressants et les plus utiles de la matière médicale.

Parmi les moyens que nous possédons, je ne balance pas à placer au premier rang ce qu'on appelle improprement la diète, je veux dire l'abstinence des substances alimentaires; l'action de ce moyen s'explique de la manière la plus satisfaisante. En effet, l'abstinence favorise singulièrement l'absorption interstitielle, et, par cette raison, la résolution des maladies confiée à cette fonction.

Elle favorise l'absorption, parceque le seul mouvement de décomposition s'opère alors, celui de recomposition étant nul. En second lieu, elle empêche de porter dans la masse du sang, et par suite sur l'organe malade, de nouveaux matériaux de nutrition, c'est-à-dire d'irritation et d'engorgement.

Les saignées locales et générales remplissent plus promptement encore le même but. Des expériences directes prouvent que sous l'influence de ces moyens l'absorption redouble d'activité. Aussi ces modificateurs de l'organisme seront-ils très convenables dans la plupart des phlegmasies, lorsqu'il faudra faire descendre le malade au degré de forces nécessaire à la résolution de la maladie. L'action des boissons aqueuses, gommeuses, mucilagineuses, acidules, secondera merveilleusement l'effet de ces premiers moyens. Lorsque le canal alimentaire sera le siége de l'inflammation, en contact immédiat avec la surface malade, ces liquides diminueront directement l'irritation. L'affection occupera-t-elle un organe plus éloigné, ces boissons portées dans le torrent de la circulation diminueront réellement et rigoureusement la consistance du sang, le rendront moins nutritif, moins irritant; elles le *délaieront* dans toute la force du terme.

L'art de varier ces moyens, de les proportionner à l'intensité de la maladie, aux forces du malade et aux autres indications, est une des parties les plus difficiles et les plus étendues de la médecine.

Si des anti-phlogistiques ou débilitants nous passons à une autre série de moyens thérapeutiques, nous voyons qu'il en est dont l'action incontestable est contraire à celle que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'ils agissent en augmentant les

forces, les mouvements, le ton général; les effets de ces substances sont durables ou passagers, ce qui les a fait distinguer en toniques et en excitants. Les premiers contiennent un principe amer et n'ont rien de volatil; les seconds sont des alcooliques, ou contiennent des huiles essentielles; cette classe est très nombreuse. On connaît les effets physiologiques de ces substances, ils sont irrécusables, mais ils ne sont pas comme les précédents susceptibles d'une explication rigoureuse. Ils deviennent précieux lorsqu'il faut faire remonter le malade au degré de force nécessaire à la résolution de la maladie.

Bien que le mot d'*astringents* soit essentiellement vicieux, puisqu'il porterait à croire qu'il est des substances capables de resserrer nos tissus, quel que soit l'état des organes, ce qui est faux, il est cependant des substances qui contiennent en général de l'acide gallique et du tannin, et qui, dans certaines circonstances que nous ferons connaître, peuvent *resserrer* nos tissus.

Beaucoup de corps de la nature jouissent incontestablement d'une vertu spéciale.

Il est impossible de révoquer en doute la puissance des émétiques; portés dans l'estomac ou dans la circulation, ils déterminent le vomissement par une action spéciale; ils ne produisent nullement l'irritation de la membrane muqueuse gastrique, ils agissent directement sur le cerveau. Ce qui le prouve

c'est que l'animal auquel on a enlevé l'estomac, et dans les veines duquel on a injecté de l'émétique, exécute tous les efforts nécessaires au vomissement.

Il en faut dire autant des purgatifs, dont on peut reconnaître tous les jours le pouvoir. Leur action se porte principalement sur les intestins; quelques uns en produisent l'inflammation.

Certaines substances favorisent plus particulièrement l'exhalation cutanée, celles-ci la sécrétion urinaire; celles-là la sécrétion pulmonaire. Quelques médicaments agissent sur la circulation de l'utérus; d'autres exercent une influence spéciale sur l'encéphale; ils sont stupéfiants, narcotiques, ou excitent l'innervation.

Il est des moyens vraiment spécifiques, tels que le quinquina, le mercure, la vaccine. Enfin, nous possédons des vésicants, des rubéfiants, des révulsifs dont l'action peut devenir de la plus grande utilité. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans aucun développement à ce sujet. Mais ce qui précède suffit pour vous faire concevoir cette idée consolante, que nous possédons plus de moyens qu'il n'est nécessaire pour remplir les indications nombreuses que nous avons exposées. Le médecin manque bien plus souvent à la matière médicale que la matière médicale au médecin; c'est-à-dire, que nous avons toujours les ressources pour combattre les indications lorsque nous avons su les saisir, et qu'il

arrive bien plus souvent que le médecin apprécie mal ce qu'il faut faire, qu'il ne lui arrive de manquer de moyens pour remplir une indication bien appréciée.

Les principes succinctement exposés dans ces prolégomènes constituent notre croyance médicale. C'est la philosophie du cours de clinique que nous faisons depuis sept années. N'ayant eu d'autre désir que celui de voir triompher la vérité, nous avons vu tous les hommes animés du même esprit, accourir à nos leçons, et nous en avons obtenu la plus douce des récompenses, l'approbation de nos efforts. Dans l'exposition de cette doctrine, nous n'avons jamais eu dessein de blesser personne. En combattant les erreurs, nous avons, autant que possible, épargné les hommes. Nous demandons pour nous la même justice.

Nous n'espérons guère voir adopter nos opinions, quelque convaincu que nous soyons de leur certitude.

Également éloigné des exagérations des doctrines antiques et des reformes modernes, nous nous attendons à être repoussé et par les unes et par les autres. Mais, fort de notre conscience, n'ayant manifesté que ce que nous croyons être la vérité, nous espérons que les jeunes gens, plus équitables que ceux qui ont vieilli dans les préjugés, nous dédommageront par leurs suffrages des injustices de l'es-

prit de parti. Libres du joug de l'intérêt et de l'ambition, exempts d'idées préconçues, ils ne reconnaissent que la vérité, ils en sont les plus fermes soutiens, et tôt ou tard assurent son triomphe. C'est à leur jugement impartial et sévère que nous osons en appeler : en un mot, c'est pour eux que nous écrivons.

Les propositions que nous venons d'émettre sont aussi le texte que nous nous proposons de développer dans cet ouvrage. Nous nous efforcerons d'y mettre toute l'attention et toute l'impartialité possibles.

DEUXIÈME PARTIE.

DU DIAGNOSTIC.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Indépendamment de la connaissance de l'homme dans l'état sain, trois choses sont indispensables pour porter un diagnostic juste : d'abord la connaissance des changements qui surviennent dans les fonctions et dans les organes, chez l'homme malade ; ce qui constitue la *symptomatologie ;* en second lieu, la conversion en signes de ces divers changements, c'est-à-dire l'appréciation de chacun de ces phénomènes, la connaissance de ce qu'ils *signifient ;* c'est ce qu'on nomme *séméiologie;* en troisième lieu, la connaissance des caractères des diverses maladies qui affligent l'espèce humaine, des traits qui les différencient les unes des autres, ce qui est le propre du *diagnostic spécial.* Nous consacrerons trois chapitres à l'exposition de ces différents objets.

Le diagnostic est la connaissance des caractères qui servent à différencier les maladies. L'appréciation exacte des altérations des organes, des sym-

ptômes, des signes locaux et généraux auxquels ces altérations donnent lieu, constitue principalement le diagnostic. C'est la branche la plus importante de la médecine, et sans contredit la plus difficile; c'est la seule base sur laquelle on puisse asseoir un pronostic juste et une thérapeutique rationnelle; en un mot, tout l'édifice médical repose sur le diagnostic. Eh! à quoi peuvent servir toutes les autres connaissances, si l'on n'a pas celle de la maladie qu'on doit combattre? Chercher à démontrer son utilité paraîtra donc superflu à la plupart des médecins. Nul peut-être ne s'imagine qu'il soit possible de révoquer en doute une proposition aussi vraie, aussi évidente, et bien moins encore de la nier. Il est difficile de penser que le but des constants efforts des médecins de tous les âges soit tout-à-coup, et de nos jours, devenu pour beaucoup une chose douteuse; et pour quelques uns une erreur; c'est cependant ce dont nous sommes témoins. En effet, je n'aurais pas cherché à prouver une vérité si claire à mes yeux, si deux médecins dont l'autorité est d'un grand poids ne venaient d'avancer la proposition contraire. Tous deux sont parvenus à soutenir que *le diagnostic est inutile pour le traitement des maladies;* et, chose singulière, tous deux sont arrivés à ce résultat par des chemins opposés: l'un par un abus du raisonnement, l'autre par aversion pour ce même raisonnement.

Le premier affirme qu'il n'existe qu'une seule

et même affection ; *que les nuances d'altération des viscères ne peuvent être considérées que comme des traces un peu différentes d'une affection toujours la même, et non pas comme des maladies de diverses natures. A quoi bon, s'écrie-t-il, la prétention de les distinguer avant de les combattre?* Cette proposition, que nous avons déjà citée, est si étrange, que j'ai cru devoir la transcrire littéralement de l'auteur qui l'a émise. Cette précaution est loin d'être inutile ; l'occasion s'étant déjà présentée plusieurs fois de réfuter ce médecin, on nous a accusé de lui avoir prêté des erreurs qui ne lui appartenaient pas. Certain de n'avoir combattu que des propositions écrites, ce n'était cependant pour nous qu'une preuve de plus de l'évidence de ces erreurs; d'où résultait la satisfaction bien douce de les avoir victorieusement réfutées. Toutefois, quoiqu'on ait pu entendre de sa propre bouche la sentence que nous venons de transcrire, elle peut paraître si extraordinaire à quelques uns, et sans doute elle paraîtra tellement incroyable à la génération suivante, que nous avons cru devoir prévenir qu'elle était textuellement extraite de ses écrits.

Le second médecin que nous avons désigné, vraisemblablement effrayé des résultats où pouvait mener l'abus du raisonnement, a été conduit à soutenir que l'*empirisme seul*, *l'empirisme pur*, *devait diriger dans l'étude et dans la pratique de la médecine;* et comme tout diagnostic d'affection interne ne

peut être que le résultat d'un travail intellectuel, il l'a d'abord considéré comme sujet à erreurs, comme douteux, et comme inconnu dans une multitude de circonstances; en second lieu, ayant vu guérir une foule de maladies sous l'influence du traitement le moins rationnel, il en a conclu que le diagnostic et le raisonnement ne pouvaient servir à rien, puisque l'expérience démentait presque constamment les données qu'ils pouvaient fournir.

S'il nous était permis de comparer les petites choses aux grandes, les temps modernes aux temps antiques, nous vous dirions que dans les siècles reculés deux sectes semblaient se partager le sceptre de la médecine : l'une, appelée *dogmatique*, appliquait, d'une manière presque exclusive, le raisonnement à l'art de guérir; c'était à peu près la médecine physiologique de ce temps-là; l'autre, qu'on nommait *empirique*, ne reconnaissait pour unique règle que l'expérience, et ne pouvait souffrir l'application d'aucun raisonnement. Mais, chose remarquable, et qui rend ce parallèle encore plus frappant! peu auparavant avaient fleuri Asclépiades et Thémison, chefs des *méthodistes*, qui prétendaient que toutes les maladies devaient être renfermées dans deux classes, le *strictum* et le *laxum;* c'était justement la force et la faiblesse, la *sthénie* et l'*asthénie* de Brown. Serait-ce donc en vain que les siècles se sont écoulés pour l'avancement de l'art, puisque après un laps de temps im-

mense les mêmes erreurs renaissent avec la même énergie?

Mais alors un homme parut. Il vit que le raisonnement sans l'expérience ne pouvait qu'égarer ; il vit que l'expérience seule n'était pas moins trompeuse ; il vit qu'on pouvait prendre dans le méthodisme et dans l'empirisme des vérités utiles. Il s'empara donc de ce qu'il crut être bon dans l'un et dans l'autre, et de là naquit l'*éclectisme*, secte bien supérieure à toutes les autres, puisqu'elle consistait à adopter ce qu'elles présentaient de bon, et à rejeter ce qu'elles avaient de mauvais. Cet homme s'appelait Arétée ; et la postérité reconnaissante n'a pas craint de l'égaler au père de la médecine. Interprète fidèle de la nature, il ne dédaigna pas le secours de la raison, et ses tableaux sont encore aujourd'hui cités comme des modèles.

§ I. Nous voici donc réduit à la singulière nécessité de prouver que l'espèce humaine n'est pas sujette à une seule et même maladie. Les personnes étrangères à la médecine seraient bien surprises, et ne pourraient guère s'empêcher de sourire, si quelque médecin leur avançait que les maladies les plus dissemblables ne sont que des nuances légères d'une affection toujours la même. Mais, dans le temps où nous vivons, nous avons entendu soutenir sérieusement et nous avons vu adopter avec avidité des paradoxes si extraordinaires, qu'on nous pardonnera de nous attacher à réfuter celui-ci.

On entend par une chose toujours la même, celle qui est produite par les mêmes causes, qui offre les mêmes caractères, la même succession de phénomènes, qui a la même origine, le même siége, la même fin. Une chose est différente d'une autre, lorsque quelques unes des circonstances dont nous venons de parler varient. Une chose enfin est opposée à une autre, lorsqu'elle est produite par des causes opposées, qu'elle présente des caractères, une marche, une origine, un siége, une terminaison opposés. Si nous parvenons donc à prouver que parmi les maladies il en est qui naissent sous l'influence de causes différentes ou opposées, qu'il en est qui présentent des caractères différents ou opposés, etc., nous aurons démontré qu'il existe des maladies diverses, et qu'il est important de les distinguer les unes des autres. Et d'abord, la multitude des causes qui agissent sur le corps humain est tellement nombreuse, que leur classification a occupé les médecins de tous les âges, et qu'on en a fait, sous le nom d'*étiologie*, une branche particulière de l'art de guérir.

Nous ne parlerons pas ici des prédispositions ni des causes prédisposantes, quoiqu'il n'y ait personne qui pût penser qu'une maladie fût la même chez une personne octogénaire, cacochyme, affaiblie par des maladies antécédentes, par un mauvais régime, par des hémorrhagies habituelles, par le traitement antiphlogistique, etc.; et un individu con-

stitué comme un athlète, dans la force de l'âge, pléthorique, bien nourri, riche de vigueur et de santé.

Nous ne parlerons pas non plus des causes occasionelles, qui cependant impriment quelquefois aux maladies qu'elles font naître des caractères particuliers.

Mais nous nous arrêterons sur les causes spécifiques. Leur existence a tellement embarrassé les partisans d'une maladie unique, qu'ils ont pris le parti tout simple de les nier. On a osé nier que la variole, la vaccine, la peste, la rage, la syphilis, la gale, eussent rien de spécifique. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, si la variole n'est qu'une gastro-entérite accompagnée d'une éruption, qui n'est qu'un épiphénomène, pourquoi la vaccine prévient-elle cette gastro-entérite, et ne prévient-elle pas toutes les autres? pourquoi les personnes qui ont eu la petite-vérole ont-elles d'autres gastro-entérites, et n'ont-elles plus la petite-vérole? enfin pourquoi les personnes qui ont des gastro-entérites n'ont-elles pas toutes la variole? Il est donc évident qu'il existe ici une cause spécifique qui mérite toute notre attention, et qui fait de cette phlegmasie une maladie particulière.

La peste aussi, dit-on, n'est qu'une variété de la gastro-entérite; mais d'où vient que parmi nos malades il y en a tant qui sont affectés de gastro-entérites, et que pas un n'a la peste? Je ne vois chez eux ni pétéchies ni bubons. Il y a donc encore ici

une cause spéciale qui imprime à la maladie un caractère particulier. J'en dirai autant du typhus et de la fièvre jaune : ce sont encore des irritations intestinales. Soit; mais pourquoi nos malades n'ont-ils ni typhus ni fièvre jaune ? Enfin, pourquoi la gastro-entérite est-elle tantôt le typhus, tantôt la fièvre jaune, tantôt la peste, tantôt la variole, etc., s'il n'existe pas une cause de cette différence? Qu'elle soit contagieuse ou simplement infectante, qu'importe? elle n'en mérite pas moins toute notre attention.

On a prétendu qne la rage était une irritation du pharynx; M. Trolliet a avancé que c'était une irritation des bronches; mais d'où vient que l'hydrophobie ne survient jamais que par la morsure d'un animal enragé? et d'où vient que nous voyons tous les jours des irritations du pharynx et des bronches, et qu'il n'y a pas une enragée parmi nos vieilles femmes?

Le cancer est, dit-on, une irritation simple; mais pourquoi pouvons-nous à volonté déterminer un érysipèle, un phlegmon, et pourquoi ne pouvons-nous pas faire naître un cancer?

Nous ne pousserons pas plus loin cet examen des causes, nous nous proposons de lui donner un développement ultérieur. Nous nous bornerons à dire que les personnes qui rejetaient les causes spécifiques, forcées enfin de les admettre par l'accumulation de tant de preuves, ont pris le parti de les

considérer comme des circonstances accessoires de fort peu d'importance, et qui ne méritaient aucune considération. Nous pensons en avoir dit assez pour faire sentir que cette opinion est mal fondée.

Si, de cet examen des causes, nous passons à celui des autres phénomènes des maladies, nous trouverons les mêmes différences, les mêmes oppositions. En considérant surtout la nature des changements qui surviennent dans les organes (phénomènes sans contredit des plus importants dans les maladies), que de variétés n'y rencontre-t-on pas ?

En effet, un organe peut être augmenté ou diminué de volume; son tissu peut être durci ou ramolli; il est œdémateux, emphysémateux, congesté ou enflammé; squirrheux, fibreux, cartilagineux, osseux; envahi par des tubercules, des kystes accidentels, par des vers, etc. ; et toutes ces altérations ne constitueraient que des nuances légères d'une même affection! et il faudrait traiter un poumon œdémateux comme un poumon hépatisé, et celui-ci comme un poumon tuberculeux! Nous ne saurions partager une semblable opinion.

Quant à la marche de la maladie, l'une est aiguë, l'autre chronique; celle-ci franche, celle-là latente; et ces différences sont loin d'être sans intérêt pour le traitement.

Le siége des maladies mérite encore plus d'attention que tout ce qui précède.

Nous avons dit qu'il ne pouvait y avoir dans

l'homme que de l'anatomie saine et de l'anatomie malade.

Par *anatomie saine* nous entendrons la connaissance précise des instruments, des systèmes et des appareils qui nous constituent dans leur état normal; ce mot comprend encore, selon nous, la physiologie, qui n'est point une science particulière, mais bien la connaissance des mouvements, du jeu des organes et des appareils.

Par *anatomie malade* nous entendrons la connaissance des dérangements survenus dans les organes, systèmes ou appareils par l'effet d'une affection quelconque. Nous y comprenons aussi la symptomatologie et la séméiotique, qui ne sont que la connaissance du jeu et des mouvements des organes et des appareils dans l'état morbide : c'est proprement la physiologie pathologique, qui ne peut pas plus être séparée de l'anatomie morbide, que la physiologie saine ne peut l'être de l'anatomie saine.

Or, l'anatomie nous apprend qu'une multitude d'éléments divers entrent dans la composition du corps humain. Les systèmes cellulaire, vasculeux, nerveux, osseux, fibreux, musculaire, érectile, muqueux, séreux, épidermique, parenchymateux, réunis à divers fluides, servent à former nos différents organes et nos différents appareils. Or, il est un principe général, axiome s'il en fut jamais, puisqu'il ne souffre pas d'exceptions, c'est que dans la nature tout corps composé se décom-

pose. S'il en est ainsi, chacun de nos organes, composé d'éléments divers, est susceptible d'altération, de décomposition.

Nous ne répèterons pas ici ce que nous avons dit des fluides qui entrent dans la composition de nos organes ; nous avons vu qu'ils pouvaient pécher par excès, par défaut, et être altérés dans leur composition. Les preuves tirées du sang fournissent une puissante analogie pour les autres fluides de l'économie.

Ainsi, sous le rapport des parties, soit solides, soit fluides, qu'elles occupent, les maladies ne diffèrent pas moins que sous le rapport des causes, sous celui de la nature de la désorganisation, et sous celui de la succession de leurs phémomènes.

Par conséquent il ne peut pas n'exister qu'une seule et même maladie.

S'il n'existait qu'une cause de maladie, si nous n'avions qu'un organe, et si cet organe n'était formé que d'un seul élément, nous pourrions n'avoir qu'une seule maladie ; mais nos organes étant composés d'une multitude d'éléments divers, l'économie humaine étant la réunion d'une multitude d'organes, d'appareils et de systèmes, les causes qui agissent sur elle étant multipliées à l'infini, il est impossible qu'il n'existe qu'une seule et même affection.

Enfin je veux supposer un moment, ce que je suis loin de croire, que le principe de toute ma-

ladie est identique, il s'ensuivra rigoureusement qu'il serait alors comme n'existant pas, et qu'il faudrait encore diriger toute son attention sur les différences importantes que nous venons de signaler.

Nous pensons avoir suffisamment démontré dans ce paragraphe que les maladies diffèrent les unes des autres, et dès lors personne ne contestera plus la nécessité de les distinguer avant d'entreprendre de les combattre.

§ II. Je passe maintenant à la seconde question. L'empirisme seul doit-il diriger dans le traitement des maladies ?

La seconde objection qu'on fait contre l'utilité du diagnostic est celle-ci :

L'expérience prouve que les traitements les moins faciles à justifier par la connaissance des maladies sont tous les jours couronnés de succès : peu importe donc la connaissance de ces maladies.

Il faut l'avouer, comme la précédente, cette objection est pressante et spécieuse ; elle est loin d'être facile à vaincre, comme on le pourrait croire au premier abord.

Des péripneumonies, des inflammations du cerveau, des gastrites, sont tous les jours combattues avec le plus grand succès, dit-on, par des doses énormes d'émétique; d'autres substances non moins violentes sont administrées avec le même avantage: qu'importe donc de connaître la nature des alté-

rations locales? Qu'importe que ces altérations soient inflammatoires ou autres, puisque le succès est toujours le même, est toujours certain? Tels sont les arguments dont s'appuient les partisans de l'empirisme; je les transmets dans toute leur force, comme je viens de le faire pour l'opinion précédente, afin qu'il ne puisse rester aucun doute dans les esprits si nous réussissons à les réfuter.

Mais pour administrer ces médicaments énergiques, encore faut-il quelques indications; d'où seront-elles tirées, si ce n'est du diagnostic?—Non, répondent les empiriques purs, puisque la nature de l'altération est inutile à connaître; les symptômes seuls sont suffisants pour indiquer le traitement à suivre.

Nous voici donc arrivés à faire voir que la médecine des symptômes est la plus absurde et la plus dangereuse de toutes.

Le temps n'est pas bien loin de nous, où les médecins, privés des lumières de l'anatomie pathologique, ne reconnaissaient comme maladies que des collections de symptômes, contre lesquels on dirigeait un arsenal de moyens thérapeutiques. Cette méthode s'est perpétuée jusqu'à nos jours, et trouve encore, comme beaucoup d'autres vieilles doctrines, de fidèles conservateurs.

Voulez-vous d'abord un exemple frappant et tout nouveau du vice de la médecine des symptômes? Nous le trouvons dans la paralysie. Il y a peu

de temps qu'on ignorait, et beaucoup semblent l'ignorer encore, que la paralysie n'est qu'un signe d'une altération de l'encéphale ou de ses dépendances. L'anatomie pathologique a mis pour nous cette vérité au-dessus de toute espèce de contestation. Hé bien, que faisait-on? On frictionnait, on rubéfiait le membre paralysé pour rappeler le sentiment. Jusqu'ici, si l'on n'était pas utile, au moins ne faisait-on pas grand mal. Mais on s'est avisé de donner de la noix vomique à un animal : on a vu qu'alors des convulsions agitaient les parties postérieures de cet animal; on en a judicieusement conclu que ce remède agirait merveilleusement dans les paraplégies prétendues nerveuses. Bientôt on l'a donné dans les cas d'hémiplégie; on a vu qu'il occasionait des convulsions dans les membres paralysés, et l'on a aussitôt conclu qu'il rendrait les mouvements à ces membres. Si ces médecins eussent su que la paralysie n'était que le symptôme d'une affection locale, aiguë ou chronique du cerveau, ils auraient vu que le moyen proposé pour agiter les membres paralysés devait nécessairement porter son action sur la portion malade de l'encéphale, et qu'en faisant agir cette portion malade, ils empêchaient plutôt sa guérison qu'ils ne la favorisaient. Ils auraient vu que faire exécuter des mouvements aux membres dans ce cas, c'est précisément frotter tous les jours l'une contre l'autre les deux extrémités d'un os fracturé,

dans l'espoir de consolider la fracture ; ils auraient vu encore que, la paralysie dépendant de huit ou dix maladies différentes, il était absurde de la combattre par le même moyen. Mais, disent-ils, ce remède réussit. Oui, c'est-à-dire qu'il n'empêche pas toujours de guérir. Je me propose de revenir ailleurs sur ce sujet important.

Voulez-vous un autre exemple des dangers de la médecine des symptômes? Je le trouve dans l'acide prussique, dont on a proclamé l'efficacité dans la phthisie pulmonaire. On croirait peut-être que ces auteurs ont pensé que la phthisie pulmonaire était une maladie unique, ou qu'ils ont déterminé dans quelle espèce de phthisie ce remède réussissait ? Point du tout; la phthisie fût-elle *tuberculeuse*, *granuleuse*, *ulcéreuse*, *cancéreuse*, *crétacée*, *mélanosée*, c'est égal, l'acide prussique est toujours excellent ; et la tourbe servile des imitateurs de prôner l'acide prussique.

Les maladies du foie, si nombreuses et encore si obscures malgré les travaux de quelques modernes, nous offrent encore un exemple remarquable du ridicule, et qui plus est, du danger de la médecine des symptômes. Un malade porte une tumeur dans la région du foie, il est ictérique; cela suffit, et sans savoir si ce sont des hydatides, des calculs biliaires, un cancer de cet organe ou d'un organe voisin, des tubercules, etc., on administre sans discernement le mercure doux, la rhubarbe,

le savon, la ciguë, l'éther sulfurique, la térébenthine, l'onguent mercuriel sur l'hypochondre. Et, je vous le demande, ne vaudrait-il pas mieux laisser le malade tranquille, que de le tourmenter ainsi par des moyens administrés sur d'aussi pitoyables indications?

Que de maux sans nombre les chercheurs de remèdes n'eussent-ils pas épargnés à la pauvre espèce humaine, si, au lieu de torturer leurs malades par des médicaments dirigés par la plus absurde de toutes les espérances, celle qui est fondée sur les chances d'un vain hasard, ils eussent commencé par étudier avec persévérance les signes propres à distinguer les maladies les unes des autres. Que penser de ce nitrate d'argent imprudemment administré dans toutes les épilepsies, quand on ignore encore ce que c'est que l'épilepsie, à quelle altération d'organe les symptômes qui l'accompagnent sont dus, et qu'on ne sait pas même de quelle cause elle dépend? Est-elle due à une affection vive de l'âme, vous donnez le nitrate d'argent; à la syphilis, le nitrate d'argent; à l'onanisme, le nitrate d'argent. Est-elle congéniale, dépend-elle d'une lésion manifeste du cerveau, d'une ulcération, d'un kyste, d'une ossification, d'un abcès de cet organe, etc., le nitrate d'argent. Et qu'espérez-vous obtenir, dites-moi, avec un pareil remède donné sans raison comme sans probabilité? Quelle connaissance physiologique ou

pathologique vous a-t-elle conduit à employer dans tous ces cas un si dangereux médicament? Avez-vous vu des malheureux succomber pendant l'administration de ce poison? Avez-vous observé, comme nous, les inflammations horribles que cet escharotique produit sur l'œsophage, l'estomac et les premiers intestins grêles? Est-ce en occasionant de pareils désordres que vous espérez obtenir la guérison d'un mal que vous ne connaissez pas? Ce que le malade gagne à votre traitement est à coup sûr une inflammation qui détruit sa santé, et le conduit plus ou moins lentement au tombeau; voilà tout l'avantage qu'il obtient de vos barbares secours. Mais, répondez-vous, des épileptiques ont retiré de bons effets de l'usage de ce moyen; plusieurs ont vu leurs accès reculer, et même disparaître complètement. Durant plusieurs années que nous avons été à portée de suivre plus de cinq cents épileptiques soumis à divers traitements, nous avons vu en effet les accès devenir moins fréquents, cesser même complètement pendant un, deux, trois, quatre ans, et même plus; mais nous nous sommes bien gardés de conclure que ces succès étaient dus aux moyens mis en usage, puisque nous avions observé les mêmes retards, les mêmes guérisons apparentes, chez les malades pour lesquels on n'employait aucune espèce de traitement.

Commencez donc, vous qui prétendez à quel-

ques résultats heureux, commencez par étudier attentivement les organes énigmatiques de la sensibilité; étudiez leurs nombreuses ramifications; sachez d'abord quel est leur état naturel; efforcez-vous de pénétrer leur mode d'agir, et lorsque vous connaîtrez tous ces organes d'une manière précise dans leur état sain, cherchez leurs diverses altérations, qu'alors il vous sera peut-être possible d'apprécier; et quand vous en serez arrivés à ce point désirable, rendus vraisemblablement plus timides, ou pour mieux dire plus prudents, vous pourrez prétendre à un traitement raisonnable. Jusque là résolvez-vous à ressembler à cet aveugle auquel on nous a si souvent comparés.

Si nous voulions faire mention de tous les inconvénients de la médecine des symptômes, il nous faudrait passer en revue toutes les substances de la matière médicale, tour à tour prônées par des imposteurs ou par des dupes, pour tous les cas pathologiques. Pour nous, nous pensons que la véritable médecine ne consiste pas dans l'étalage de vains remèdes, qu'elle est toute dans l'*à-propos*, dans l'*opportunité;* qu'on ne peut traiter un malade qu'autant qu'on connaît parfaitement sa maladie; qu'il est déplorable d'employer des moyens actifs sans la moindre probabilité. Si ce sont là des vérités triviales, il est bon de les redire; jamais elles ne furent plus méconnues qu'aujourd'hui; aujourd'hui où on reçoit avec empressement des

traités de thérapeutique où on semble dire à l'apothicaire, à la garde-malade, à l'herboriste, et aux médecins qui leur ressemblent, telle substance est anti-spasmodique, anti-septique, anti-rhumatisante, etc., comme si tous les succès des médicaments ne dépendaient pas du moment et de mille circonstances que peut seul apprécier le médecin qui s'est appliqué toute sa vie à la distinction des maladies! Ouvrez les codex et les formulaires les plus modernes, et vous y verrez réunies sous les noms les plus bizarres les formules les plus ridicules. Il fut un temps où il suffisait de reconnaître que le pouls était *myure*, *dicrote*, *capricant*, *intercident*, *défaillant*, *serrin*, *ardent*, etc., pour affirmer, comme de raison, que les humeurs étaient *dégénérées*, *viciées*, *plastiques*, *ténues*, *froides*, *chaudes*, *peccantes*, etc., qu'en conséquence il était nécessaire de recourir, selon les cas, aux *incisifs*, aux *atténuants*, aux *incrassants*, aux *fondants*, aux *désobstruants*, aux *minoratifs*, etc. Il me semble entendre dire que ce temps est bien loin de nous, et qu'il est inutile de réfuter sérieusement de semblables niaiseries. Non, ce temps n'est pas loin de nous; j'ouvre au hasard un traité de thérapeutique, et je vois un article *absorbants*. Là, on nous apprend que les médicaments absorbants sont en grand nombre; que la craie, les écailles d'huîtres, la nacre de perle, les coquilles d'œuf, celles des testacées, les os de poissons, les

yeux d'écrevisses, les terres argileuses, le carbonate de magnésie et la magnésie pure, l'eau de chaux, les carbonates alcalins, les savons, etc., sont des absorbants. N'eût-il pas été plus philosophique de faire voir que ces substances ne combattent qu'un symptôme, qu'un effet, et que c'est contre les maladies qui occasionent les aigreurs, les acidités, qu'il faut diriger ces moyens?

Un formulaire qui a paru récemment nous apprend à faire des potions incisives, des loochs verts, des élixirs de longue vie, des hydragogues, des emménagogues, des résolutifs, des détersifs, des anti-septiques, des anti-hystériques, des digestifs, etc.; un autre nous offre des apozèmes anti-scorbutiques, laxatifs, sudorifiques; un baume acoustique, anti-arthritique, astringent; un baume de vie, de vie externe, nerval, odontalgique, ophthalmique; de la bière céphalique; des boissons anti-laiteuse, anti-narcotique, anti-spasmodique, carminative; contre le rachitis, contre les catarrhes aigus, contre les coups à la tête, contre les fièvres adynamiques et ataxiques; contre les diarrhées atoniques, contre les scrofules, contre les maladies de la peau, etc., etc. Je m'arrête: je n'ai encore parcouru que deux pages de la table d'un formulaire magistral publié en 1823. Est-il possible de n'être pas rebuté par ces dégoûtantes absurdités? Nous pensons que ces sottises surannées doivent être renvoyées au 15e siècle; nous

pensons qu'on ne doit pas dire que les eaux distillées de mélisse, d'hysope, de lavande, de sauge, de menthe, de tanaisie, de fenouil, de cannelle, etc., sont stimulantes et plus particulièrement anti-spasmodiques, parcequ'il est beaucoup de cas où la saignée, les sangsues, les bains, le petit-lait, sont aussi anti-spasmodiques, et qu'alors les premiers sont justement le contraire; que par la même raison, si l'on entend par remède astringent celui qui suspend les flux excessifs, tels que le dévoiement, les hémorrhagies, etc, on doit, dans certains cas de surexcitation, donner ce nom à la saignée, aux sangsues, à l'eau de gomme, à la diète, et non à la tormentille, à la bistorte, à l'écorce de grenade, aux roses rouges et aux acides, qui ne manqueraient pas d'aggraver les accidents et de produire l'effet contraire.

Voilà cependant où conduit la médecine privée du secours du diagnostic; voilà où conduit la médecine du symptôme; et voilà pourtant la médecine que font la plupart de nos médecins les plus renommés! Espérons que le temps n'est pas éloigné où, prenant pour base de tout traitement la connaissance exacte de la maladie, le diagnostic seul fournira les indications et dirigera le médecin dans le choix des substances à employer. Espérons que ces substances seront dépouillées de propriétés qu'elles ne sauraient posséder d'une manière exclusive, et qu'on reconnaîtra que toute leur puissance réside

dans le discernement de celui qui les administre. Une réforme est impérieusement commandée dans la matière médicale ; elle ne peut être opérée qu'en perfectionnant le diagnostic des maladies, seule source d'indications précises et positives.

Dans l'exercice de l'art, un diagnostic juste conduit donc nécessairement à une thérapeutique rationnelle.

Mais pour porter un diagnostic certain, il faut connaître, avons-nous dit, les organes et les fonctions dans leur état naturel; car sans cette connaissance, comment pouvoir apprécier les changements qu'y détermine la maladie? L'anatomie et la physiologie sont donc des connaissances préliminaires indispensables. Il faut aussi connaître les caractères distinctifs de toutes les maladies auxquelles l'homme est exposé. Alors, seulement alors, on peut espérer de reconnaître une maladie avec certitude. Mais on aurait tort de croire que ces conditions indispensables sont suffisantes; il faut de la part de l'observateur une attention soutenue, des sens subtils et une grande habitude de voir. On a souvent parlé du *coup d'œil médical:* on a prétendu que, sans signes dont ils pussent rendre raison, certains médecins reconnaissaient presque à coup sûr des maladies très obscures, d'un diagnostic très difficile. On s'est beaucoup élevé dans ces derniers temps, et non sans raison, contre ce prétendu coup d'œil médical, privilége singulier dont quel-

ques personnes auraient été gratifiées. Il est bien vrai que cette espèce de faculté divinatoire est une chimère, une prétention absurde et ridicule : car tout ce qui est sensation doit pouvoir se transmettre, bien que nous soyons plus riches en sensations qu'en expressions. Mais ce qu'on ne saurait révoquer en doute, c'est qu'il n'y ait une différence très grande de sagacité et de génie entre deux médecins également instruits : or il est indubitable que celui chez lequel ces qualités seront plus éminentes ne soit infiniment plus apte que l'autre à porter des diagnostics justes. Si tous les cas étaient prévus, si tout était écrit, nul doute que les médecins d'une instruction égale ne fussent (quoique d'un génie différent) d'une égale habileté; mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi. Tous les jours la nature nous offre des cas qui n'ont pas été observés, ou elle nous présente sous des formes infiniment variées les cas ordinaires; il est une multitude innombrable de nuances qui les diversifient; celui qui ne saura que ce qui aura été écrit se trouvera à chaque pas arrêté; il les appréciera mal, commettra de fréquentes erreurs. Il n'en sera pas de même de l'autre. Une maladie est bien souvent une espèce d'énigme; les données n'en sont pas claires pour tout le monde; le plus exercé, celui qui a le plus de sagacité, en découvre le plus facilement les rapports cachés, et applique le mot avec plus de promptitude et de sûreté.

Je crois qu'il y a une différence très grande entre tel ou tel médecin pour l'habileté à reconnaître une maladie ; j'ai souvent eu l'occasion de le remarquer parmi mes élèves. En faisant interroger un malade par plusieurs d'entre eux également instruits, il était rare qu'ils arrivassent tous en même temps à la connaissance de la maladie. On peut avoir toutes les notions nécessaires, et n'en pas faire l'application avec justesse et sagacité : l'habitude peut y suppléer jusqu'à un certain point ; mais il est un tact, une finesse, un discernement, que ne donnent ni l'étude ni l'exercice. Un médecin sait bien que tel dérangement de fonction annonce telle maladie, et cependant il l'oubliera souvent dans l'application. Quelquefois les dérangements des fonctions lui échapperont ; préoccupé d'une idée, il ne verra que ce qui aura rapport à cette idée. D'autres au contraire apercevront toujours la vérité. Avec une instruction égale, on n'est pas également bon médecin. Les gens du monde s'imaginent à tort qu'on devient bon médecin avec des dictionnaires et des formulaires : ce serait fort commode ; c'est comme si l'on s'imaginait être peintre avec une toile, des couleurs, des pinceaux et un traité sur la peinture. Il y a de plus l'art et le génie. Le premier peut s'acquérir, le second est un don de la nature. Il y a en médecine un génie indépendant des règles ; mais celles-ci peuvent y suppléer jusqu'à un certain point.

CHAPITRE PREMIER.

SYMPTOMATOLOGIE (1).

§ I. On appelle *symptôme* tout changement morbide qui survient dans l'organisme.

Ces changements se manifestent dans les organes eux-mêmes et dans les fonctions qu'ils exécutent.

De l'altération de la fonction on doit conclure à l'altération de l'organe auquel cette fonction est confiée. Lorsque, par ce moyen, on a reconnu quel était l'organe lésé, et quelle était cette lésion, le symptôme est converti en signe. Ce phénomène nous ayant servi à reconnaître la maladie, il a acquis une *signification*. Les sens suffisent seuls pour nous faire apercevoir les symptômes; aussi les symptômes sont-ils reconnaissables pour les personnes étrangères à l'art. Tout le monde reconnaîtra une douleur de côté, par exemple; le médecin seul saura ce que cette douleur signifie. Le symptôme existe pour tout le monde, le signe pour le seul médecin. Il est cependant indispensable de connaître les organes dans l'etat sain, ainsi que leurs fonctions, c'est-à-dire l'anatomie et la

(1) On peut consulter, pour plus de détails sur cette matière, l'excellent ouvrage de M. le docteur Chomel, sur la *Pathologie générale*.

physiologie, pour apprécier avec justesse le changement que les maladies déterminent.

Les changements que les sens nous font reconnaître dans l'état de maladie sont, pour les organes, leur augmentation et leur diminution de volume (*hypertrophie*, *atrophie*), de consistance, de température ; les altérations de forme, de position, de couleur, d'odeur, de son.

L'abolition complete d'un organe est rarement l'effet de la maladie.

Pour la fonction elle-même, ces changements peuvent se réduire à son *augmentation*, à sa *diminution*, sa *perversion* et son *abolition* complète.

Les résultats des fonctions, c'est-à-dire les matières sécrétées et excrétées, méritent aussi l'attention du médecin.

On doit avoir égard aussi à leur *augmentation*, à leur *diminution*, *perversion*, et *abolition*. Dans leur perversion, nous classerons les changements survenus dans leur nature, leur couleur, leur température, leur odeur, leur saveur, leur consistance, et les diverses matières hétérogènes qu'elles peuvent contenir, venues du dehors ou formées au dedans : telles que des corps étrangers de toute espèce, du sang, du pus, des vers, des hystes, des calculs, etc.

Toute la symptomatologie est renfermée dans ce court exposé ; il ne s'agit plus que d'en faire l'application à tous les organes et à toutes les fonctions dans l'ordre physiologique.

PREMIÈRE SECTION.

DES CHANGEMENTS QUE L'ÉTAT DE MALADIE OCCASIONE DANS LES FONCTIONS ORGANIQUES.

§ II. Changements qui surviennent dans la digestion.

Les personnes les plus étrangères à l'art de guérir connaissent aussi bien que les médecins ce qui constitue l'état de santé. Pour ce qui concerne la digestion, elles savent quel est le degré d'appétit et de soif qu'on doit éprouver; elles n'ignorent pas avec quelle facilité la digestion stomacale et la défécation doivent s'opérer; les qualités des matières excrétées leur sont parfaitement connues, ainsi que l'état des organes qui concourent à exécuter cette fonction. Il est donc inutile d'entrer dans aucun détail à ce sujet. Les dérangements que la maladie produit dans cet acte et dans les organes qui en sont chargés sont par conséquent facilement appréciés par elles.

L'augmentation de l'appétit est rare dans les maladies; ce symptôme peut cependant se présenter avec quelques circonstances particulières. La faim est quelquefois si pressante, qu'elle occasione des défaillances si elle n'est promptement satisfaite; on lui a donné le nom de *boulimie*. La *faim canine* est celle où, après avoir mangé avec voracité, le malade rejette les matières alimentaires par

le vomissement. Lorsque l'ingestion des aliments et la défécation sont presque simultanées, c'est la *faim de loup*.

L'appétit diminue dans la plupart des maladies. Nous verrons ailleurs dans quel but la nature semble produire cette diminution de la faim. Dans quelques circonstances l'appétit est complètement perdu : c'est l'*inappétence*, l'*anorexie*; dans d'autres, elle varie d'un jour à l'autre, du matin au soir. Enfin l'appétit est dépravé ; il existe une répugnance invincible pour toute espèce d'aliments, ou un désir prononcé pour certaines substances alimentaires en particulier, ou pour des substances non alimentaires. Le premier de ces symptômes porte le nom de *malacia*, le second celui de *pica*.

L'amertume, la *sécheresse* ou l'*empâtement* de la bouche doivent être rapportés aux altérations du goût.

Ce que nous venons de dire de la faim s'applique exactement à la soif, avec cette différence que son augmentation est le changement le plus ordinaire qu'elle éprouve, et sa diminution le plus rare ; l'horreur des liquides est cependant un phénomène qui se rencontre dans certains cas.

Lorsqu'on examine la bouche d'un malade, on observe quelquefois des changements importants dans les parties qui entrent dans sa composition. C'est ainsi qu'on rencontre dans quelques maladies l'agacement des dents ; le *grincement* et le *claque-*

ment de ces organes sont des symptômes qui ne sont pas rares. Les dents remuent dans leurs alvéoles, et s'en détachent quelquefois; dans l'amaigrissement général, elles paraissent alongées, et leur éclat semble augmenté, au rapport de quelques auteurs dans certaines affections thoraciques de long cours. Notre intention n'est pas de parler des altérations qui leur sont propres.

Les gencives se boursouflent dans quelques maladies et par l'effet de certaines substances; elles saignent, changent quelquefois de couleur, et deviennent aussi plus dures que dans l'état naturel.

Un des organes dont les changements sont les plus intéressants à noter, à cause des signes de toute espèce qu'on peut en tirer, c'est incontestablement la langue. Son augmentation de volume, générale ou partielle, s'observe quelquefois; sa diminution, qui n'est en général qu'apparente, est plus rare. Elle peut être humide, sèche, lisse, luisante, âpre au toucher, fendillée et d'une consistance ligneuse. La langue varie aussi par rapport à sa couleur; elle peut être pâle ou livide, d'un rouge intense, brune, etc. La couleur peut n'être pas uniforme sur toute l'étendue de la langue. Sa surface supérieure se couvre d'un enduit important à observer. Il peut être blanc, jaune, verdâtre, brun, noir, fuligineux, épais, mince, plus ou moins adhérent, poisseux, général ou par-

tiel, égal ou inégal. Cet organe se couvre quelquefois de petits boutons, ou de petites pustules grisâtres ou blanchâtres, d'aphthes. Chacun des phénomènes que nous venons d'exposer nous fournira plus tard des sujets intéressants de séméiologie générale et de diagnostic.

Les diverses parties de l'arrière-bouche, le voile du palais, ses piliers, les amygdales, la face interne des joues, peuvent aussi changer de forme, de volume, de couleur, etc.; elles peuvent être le siége d'abcès, d'ulcérations, d'enduits, etc.

La mastication offre peu de symptômes, à moins que la lésion qui les occasione n'ait son siége dans la mâchoire elle-même : elle est alors du ressort de la chirurgie.

La déglutition est accélérée dans quelques maladies aiguës ; mais elle est bien plus souvent ralentie, difficile, douloureuse, ou même totalement suspendue. Certains malades peuvent avaler les liquides et non les solides, et réciproquement. Quelques uns font des efforts continuels pour avaler, quoiqu'il n'y ait aucune substance dans la bouche; chez d'autres, les aliments sont portés dans les fosses nasales ou dans le larynx. Enfin les liquides, en tombant par leur propre poids dans l'œsophage et dans l'estomac, produisent un bruit particulier ; ce phénomène a été noté par Hippocrate.

La digestion stomacale peut être activée, mais

il est plus fréquent qu'elle soit affaiblie. Les troubles qu'elle présente sont de la plus haute importance pour le diagnostic des maladies.

Les nausées et les vomituritions consistent dans le désir et les efforts inutiles de vomissement. La régurgitation est l'acte par lequel les substances solides, liquides ou gazeuzes contenues dans le ventricule remontent sans efforts, soit dans l'œsophage, soit dans la bouche. On nomme renvois les matières rejetées de la sorte. Les diverses qualités de ces matières, leur quantité, doivent être soigneusement examinées. Solides, ces matières sont presque toujours des aliments mal élaborés; liquides, elles peuvent être des boissons introduites dans l'estomac, ou le résultat des sécrétions; elles peuvent être insipides, aigres, amères, âcres, brûlantes, diversement colorées, etc. Les gaz sont inodores ou fétides; ils exhalent l'odeur d'œufs pourris, etc.

Si les matières contenues dans l'estomac sont rejetées avec effort et en certaine quantité, c'est le vomissement.

Il faut distinguer le vomissement lui-même des matières vomies. Le vomissement est rare ou fréquent, facile ou difficile, douloureux ou indolent, suivi ou non de soulagement.

Les matières du vomissement sont le résidu de digestions antécédentes, ou des médicaments, ou des mucosités, de la bile, du sang, du pus, des matières fécales; elles contiennent des vers, des calculs, des

kystes, etc. Il faut tenir compte de leur consistance, de leur couleur, de leur odeur, de leur quantité.

L'estomac est très souvent le siége de douleurs très variables. Le type, l'intensité de ces douleurs concourent, avec les autres symptômes, à faire reconnaître à quelle affection elles appartiennent. Les maladies que ces douleurs accompagnent sont extrêmement nombreuses, comme nous le verrons plus tard. Les liquides ingérés dans ce viscère font quelquefois entendre un bruit particulier; enfin, des tumeurs peuvent se montrer dans la région qu'il occupe.

Le canal alimentaire présente aussi quelques dérangements qui sont loin d'être sans intérêt. Comme l'estomac, il est le siége de douleurs dont le caractère, l'intensité et la cause sont très différents; des tumeurs peuvent se développer sur divers points de son étendue; des bruits variables, connus sous le nom de borborygmes, et vulgairement de gargouillements, se font entendre dans quelques circonstances. Les matières qui parcourent ce conduit peuvent être accélérées, ralenties, suspendues dans leur cours, ou même rétrogrades.

L'acte par lequel les matières stercorales sont rejetées au dehors, la défécation, l'excrétion alvine, est accéléré ou ralenti dans la plupart des maladies; c'est ce qui constitue le dévoiement ou la constipation. L'évacuation des fécès peut être douloureuse ou indolente. On donne le nom d'é-

preintes ou ténesmes, ou besoin vain et sans cesse renaissant d'aller à la selle, accompagné de chaleur et de cuisson à l'anus ; la défécation peut être involontaire. Dans quelques cas, les matières fécales s'échappent avec des gaz, à l'insu du malade ; d'autres fois, malgré les efforts qu'il fait pour les retenir, elles font sur-le-champ irruption au dehors ; enfin cette évacuation a lieu sans que le malade en ait la conscience.

Les matières stercorales s'échappent par une ouverture accidentelle ou artificielle.

Leur nature mérite un examen attentif, et procure souvent, dans les maladies du canal alimentaire, des lumières précieuses. Elles peuvent être muqueuses, semblables à une forte solution de gomme, contenir une grande quantité de bile, de chyme, au rapport des auteurs; des aliments imparfaitenent digérés, du sang en stries, ou intimement mêlé aux autres matières; du pus, des fausses membranes, des portions d'intestins, des calculs, des kystes, des tumeurs, des vers, et une multitude de corps étrangers venus du dehors. Les matières stercorales sont solides, liquides ou gazeuses; leur consistance est souvent augmentée dans les maladies, et leur forme très variée ; d'autres fois elles sont pour ainsi dire aqueuses ; elles peuvent offrir une multitude de degrés intermédiaires. Le médecin doit surtout avoir égard à la quantité des matières excrétées. Leur couleur diffère suivant leur

nature et les diverses circonstances que nous venons d'exposer ; il ne faut pas perdre de vue que les qualités des matières fécales varient par la qualité des aliments et par l'effet de certains médicaments. La rhubarbe leur imprime une couleur jaune et parfois rougeâtre ; la betterave rouge produit le même effet ; les épinards les colorent en vert ; les préparations de fer en noir, etc. Leur quantité augmente par l'abondance des aliments et par l'usage des laxatifs, etc.

L'odeur qu'exhalent les matières fécales offre des différences dans les maladies ; elles contractent dans quelques circonstances une insupportable fétidité.

§ III. Des changements que l'état de maladie détermine dans la circulation.

De toutes les fonctions, la circulation est celle qui est le plus souvent dérangée.

Il est, en effet, peu d'affections dans lesquelles elle n'offre quelques troubles notables ; aussi a-t-elle particulièrement attiré l'attention des médecins ; mais l'importance qu'ils ont mise à l'étude des phénomènes qu'elle présente dans les maladies est au moins exagérée. C'est bien inutilement qu'on surchargerait sa mémoire d'une multitude innombrable de divisions et de subdivisions du pouls. Ces spéculations, purement scolastiques, n'étant nullement basées sur l'expérience, ne sauraient

fournir aucunes données utiles à la pratique. Il est temps que la raison fasse justice de ces préjugés invétérés, et qu'elle débarrasse l'art de toutes ces puérilités. Les travaux de Galien, de Solano, de Fouquet, de Bordeu, sont loin d'avoir été dirigés par une saine philosophie. Nous nous bornerons à faire connaître les changements qu'une observation positive ne permet pas de rejeter.

La circulation artérielle est celle qui fournit le plus de symptômes; le cœur tient le second rang, puis la circulation capillaire, enfin les veines et les vaisseaux lymphatiques. Mais, pour bien apprécier ces divers phénomènes, il est quelques circonstances physiologiques que l'on doit se rappeler.

On entend par pouls la dilatation d'une artère produite par l'abord du sang, projeté par les contractions du ventricule gauche du cœur: c'est proprement la diastole des artères; elle coïncide avec la systole du ventricule aortique.

Dans l'état de santé, le pouls est égal, régulier, souple, isochrone dans toutes les artères; il varie principalement sous le rapport de sa fréquence, suivant l'âge, le sexe, la constitution, la stature, les idiosyncrasies; suivant les moments du jour, l'exercice, l'instant de la digestion, l'état de grossesse, les émotions de l'âme.

Le pouls bat cent quarante fois par minute, environ, dans les premiers mois de la vie, cent fois vers la deuxième année, quatre-vingts fois dans l'a-

dolescence, de soixante-cinq à soixante-quinze fois dans l'âge adulte, de cinquante à soixante fois dans la vieillesse. Il est plus fréquent chez les femmes, chez les individus de petite stature, et chez ceux où l'appareil de l'innervation et de la circulation domine. J'ai vu des personnes qui n'avaient que vingt-cinq pulsations dans l'état de santé; on en cite qui en présentaient cent et même cent vingt.

Le pouls est plus fréquent et plus fort après le repas, surtout après l'ingestion de liqueurs alcooliques et de toutes sortes d'excitants, après un violent exercice, dans la plupart des passions, etc. Il est des personnes chez lesquelles, dans l'état de santé, le pouls n'est ni égal ni régulier, ce qu'il est important de savoir pour bien apprécier les changements qu'il peut subir dans l'état de maladie.

Les phénomènes fournis par la circulation artérielle peuvent être réduits aux suivants :

1° Augmentation.	2° Diminution.	3° Perversion.	4° Abolition.
Fréquence. . . .	rareté. . . .	Pouls inégal.	
Vitesse.	lenteur. . .	— irrégulier.	
Force.	faiblesse . .	— intermittent.	
Grandeur. . . .	petitesse. .	— confus.	
Dureté.	mollesse . .	— insensible.	
		— non-isochrone.	

On doit rejeter comme superflues les distinctions suivantes du pouls, ainsi que beaucoup d'autres: Le pouls *long*, *court*, *large*, *étroit*, *élevé*, *bas*, *plein*, *vide*, *myure*, *myure défaillant*, *myure défaillant des deux côtés*, *caprisant*, *dicrote*, *on-*

doyant, *vermiculaire*, *formicant*, *tremblant*, *palpitant*, *convulsif*, *serrin*, *ardent*; malgré notre respect pour Galien, nous ne saurions adopter ces rêveries. Nous envelopperons dans la même proscription les pouls critiques et non critiques, le pouls *supérieur* et *inférieur*, le pouls *pectoral*, *guttural*, *nasal*, *stomacal*, *intestinal*, le pouls *de la matrice*, *du foie*, *des hémorrhoïdes*, *des urines*, *de la sueur*; les pouls *simples*, *composés*, *compliqués*, etc. Ces distinctions n'ont jamais existé que dans l'imagination de leurs inventeurs.

Lorsque, dans un temps déterminé, le pouls donne un plus grand nombre de pulsations que dans l'état ordinaire, il est fréquent; il est rare, dans le cas contraire. Comme il est utile de porter le plus de précision possible dans les observations, au lieu d'apprécier d'une manière arbitraire la fréquence ou la rareté du pouls, il sera bon de noter d'une manière rigoureuse le nombre de pulsations qui auront lieu pendant une minute.

On entend par vitesse du pouls l'espace de temps que l'artère met à opérer sa dilatation et sa contraction; si ce temps est beaucoup plus court qu'à l'ordinaire, le pouls est vite; le pouls est lent, s'il est plus long. Lorsque le pouls est très fréquent, il est impossible qu'il ne soit pas vite; mais il peut être rare et vite, ce qui a lieu si les temps qui séparent les pulsations sont beaucoup plus grands que dans l'état ordinaire.

Le pouls est fort lorsque, sur une assez grande étendue, il résiste aux doigts qui le pressent ; il est faible, si on le sent avec peine, et qu'il se laisse facilement déprimer.

La grandeur du pouls se juge par l'étendue des pulsations. Lorsque l'artère se fait sentir sur une grande surface, le pouls est grand, la petitesse du pouls tient au peu d'étendue de la diastole artérielle.

Si l'on éprouve, en tâtant le pouls, une forte résistance, la sensation d'un corps qui ne cède pas à une forte pression, on dit que le pouls est dur; si ce corps, au contraire, se laisse facilement déprimer, qu'en appuyant faiblement on intercepte les battements de l'artère et conséquemment le cours du sang, le pouls est mou.

Si toutes les pulsations sont également fortes, grandes, dures, le pouls est égal ; si quelques unes des pulsations sont plus ou moins fortes, grandes ou dures que les autres, le pouls est inégal.

Il est irrégulier lorsque les temps qui séparent les pulsations sont inégaux.

Il est intermittent lorsqu'il manque une ou plusieurs pulsations.

Lorsque le pouls est extrêmement fréquent ou très faible, et très irrégulier, on distingue difficilement le nombre des pulsations ; le pouls devient confus, il peut même devenir tout-à-fait insensible.

Dans l'état naturel, les pulsations se font sentir

dans le même moment dans tout le système artériel, c'est l'isochronisme du pouls ; dans quelques cas dont nous parlerons, et bien plus rares qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour, les pulsations cessent d'être isochrones.

Certaines artères volumineuses, telles que l'aorte, présentent souvent des battements extraordinaires, qui peuvent en imposer pour une dilatation anévrysmale de ces vaisseaux.

La circulation veineuse, quoique moins féconde en phénomènes dignes d'être observés que la circulation artérielle, ne laisse pas que d'en offrir un certain nombre. Ses vaisseaux peuvent être distendus ou affaissés sur toute la surface du corps, ou seulement dans quelques régions. On donne le nom de varices à la dilatation permanente des veines. Le cours du sang peut, dans quelques circonstances être rétrograde ; dans d'autres cas il imprime aux veines des pulsations semblables à celles des artères.

La circulation capillaire, jusqu'à un certain point indépendante des deux autres, est le siége de divers changements dans les maladies. Il paraît que c'est à un état particulier de ce système qu'on doit rapporter les hémorrhagies de diverses natures ; c'est encore à des modifications de son état normal que paraissent dues la couleur animée ou pâle de la peau, les taches violettes sanguines qui la couvrent, etc.

Le sang n'est pas le même dans toutes les maladies ; nous avons dit qu'il était susceptible d'augmenter en quantité, de diminuer et même de s'altérer dans sa nature. L'augmentation du sang, dont on juge bien par des phénomènes généraux que nous ne devons pas décrire ici, est ordinairement accompagnée d'une augmentation dans sa consistance. Il paraît alors plus compacte, plus vermeil que dans l'état ordinaire ; il contient aussi beaucoup moins de sérosité. Il est plus noir, plus mou, plus séreux, lorsqu'il est moins abondant, et principalement lorsqu'il est altéré dans sa composition, comme dans le scorbut.

Le sang qui s'échappe de la blessure d'une artère s'élance par jets saccadés, interrompus ; il est vermeil et écumeux. Celui qui sort des veines forme une arcade continue ; il est plus noir que le précédent. Lorsqu'il s'épanche du système capillaire, il se répand en nappe ; reçu et refroidi dans un vase, il se sépare au bout de quelque temps en une partie solide et en une partie séreuse ; la première surnage sur la seconde. La proportion de ces deux parties varie beaucoup dans les maladies. Les médecins ont ajouté beaucoup d'importance à ces variétés. On donne le nom de caillot, ou d'*insula*, à la portion consistante du sang. La portion séreuse n'a pas reçu de nom particulier ; elle est jaunâtre, verdâtre, et souvent tout-à-fait jaune. La forme, le volume, la consistance du caillot,

ne sont pas les mêmes dans tous les cas, ce qui n'est pas d'un haut intérêt; mais ce qui en mérite davantage, c'est qu'il se couvre quelquefois d'une croûte blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre, d'une épaisseur et d'une consistance variables, que l'on a nommée *couenne inflammatoire*, ou *couenne pleurétique*.

Si nous jetons les yeux sur la circulation lymphatique, nous trouverons que nous sommes encore peu avancés dans l'appréciation des phénomènes qu'elle présente dans l'état morbide. L'engorgement des glandes lymphatiques, la coloration rouge que les vaisseaux de cet ordre présentent quelquefois dans leur trajet, l'écoulement séreux auquel leurs blessures donnent lieu, sont les seules modifications qui tombent sous nos sens. Quant à la pléthore lymphatique, quant à la diminution de la quantité de lymphe, ou à l'altération de sa nature, nous sommes réduits à les regarder comme probables, aucune expérience directe n'en ayant démontré l'existence.

Examinée au moyen d'un cylindre en bois, auquel M. Laennec a donné le nom de stéthoscope, la circulation nous présente des symptômes dignes d'intérêt. L'exploration par l'application immédiate de l'oreille offre les mêmes résultats. Elle avait été conseillée et pratiquée long-temps avant qu'on se servit du cylindre acoustique, ce qui ne doit pas empêcher de considérer ce médecin comme le

véritable inventeur de cette méthode d'exploration.

Voici les symptômes fournis par le principal organe de la circulation. Dans l'état physiologique, lorsque l'homme est parvenu à tout son développement, les pulsations du cœur se font sentir entre les cartilages de la cinquième et septième côte gauche, et un peu sous le sternum : le ventricule aortique bat dans l'état ordinaire, un peu plus à gauche que le ventricule pulmonaire. Quelques circonstances font varier l'étendue de l'espace où l'on perçoit les battements du cœur, telles sont la maigreur, l'exercice, les affections vives de l'âme, qui l'augmentent, et l'embonpoint, le repos, la diète, qui le diminuent, etc. Cette étendue augmente dans l'état de maladie ; alors les battements du cœur se font entendre successivement dans toute la partie antérieure du côté gauche du thorax ; puis dans la même partie, à droite ; ensuite dans la partie postérieure gauche ; enfin dans la partie postérieure droite de la poitrine. Quelquefois l'espace dans lequel on perçoit les battements du cœur est plus circonscrit que dans l'état naturel, on peut même ne pas les sentir du tout. Le siége des battements du cœur peut être déplacé, il peut aussi changer à chaque instant.

Indépendamment de l'étendue des pulsations, il faut encore remarquer le choc que le cœur communique aux parois thoraciques, et par suite à

l'oreille de l'observateur. Dans l'état physiologique cette impulsion est quelquefois très faible, et même à peine sensible. Ce choc devient plus fort dans l'état de santé, sous l'influence des diverses causes que nous venons de signaler. Dans l'état morbide on observe aussi, dans quelques circonstances, son augmentation ainsi que sa diminution.

A chaque contraction des différentes parties du cœur on entend un bruit plus ou moins éclatant. Le bruit le plus clair se fait entendre lorsque les oreillettes se contractent ; la contraction des ventricules donne lieu à un bruit plus sourd, plus profond, plus prolongé. Dans l'état de maladie cet ordre est souvent interverti ; ce bruit peut devenir ou plus fort ou plus faible.

Indépendamment de ces changements dans les bruits naturels, on entend quelquefois pendant l'intervalle qui sépare la systole et la diastole des différentes parties du cœur, des sons que l'on a comparés au murmure de satisfaction que font entendre les chats lorsqu'on leur passe la main sur le dos, ou au bruit d'une lime qu'on passe sur du bois, au craquement du cuir, etc.

Le rhythme, c'est-à-dire les temps et les intervalles qu'emploient les différentes parties du cœur à opérer leur contraction, présentent des phénomènes intéressants à observer. Lorsque la circulation se fait régulièrement, la contraction du ventricule et la diastole des artères sont isochro-

nes ; à cette contraction succède sans intervalle la contraction des oreillettes annoncée par un bruit éclatant, laquelle est terminée par un repos bien marqué. Le ventricule emploie à peu près deux fois autant de temps que l'oreillette à se contracter. Lorsque la circulation est accélérée, ces temps et ces intervalles se succèdent avec rapidité, et leurs différences sont inappréciables ; si elle est ralentie, on les distingue beaucoup mieux. Le bruit des oreillettes se confond quelquefois avec celui des ventricules, et le bruit de ceux-ci étouffe souvent celui des premières. On entend dans certains cas deux ou trois contractions auriculaires sur une du ventricule et réciproquement.

§ IV. Des changements que la maladie détermine dans la respiration.

Quelques circonstances impriment à la respiration des modifications qu'il importe de faire remarquer. Le nombre des inspirations et des expirations, et la vitesse avec laquelle elles s'exécutent, ne sont pas les mêmes dans tous les âges. Dans la première enfance, on compte de trente à trente-cinq respirations, vingt-cinq dans la seconde année, vingt à la puberté, seize à dix-huit dans l'âge adulte. Mais ce nombre varie encore selon les individus ; et comme cette fonction est soumise à la volonté, l'attention qu'on met à l'examiner suffit pour l'accélérer ou la ralentir. Les personnes chez lesquelles

domine l'appareil de l'innervation, les femmes et les individus d'une petite stature ont la respiration plus fréquente que les autres. Les passions vives, un exercice de corps violent, les cris, les chants, la déclamation, la respiration d'un air très chaud, etc., accélèrent cette fonction. Dans l'état normal elle est d'ailleurs libre, égale et insonore.

Dans l'état de maladie, la respiration éprouve de nombreuses modifications. Lorsque, dans un temps donné, il se fait un plus grand nombre de respirations, on dit que la respiration est *fréquente*, qu'elle est *rare* dans le cas contraire, *vite*, si la dilatation et le resserrement du thorax s'exécutent avec rapidité; *lente*, si le malade met beaucoup de temps à les opérer.

Lorsqu'il pénètre une grande quantité d'air dans la poitrine, la respiration est *grande*; elle est *petite*, lorsque cette quantité est moindre que dans l'état ordinaire.

La respiration peut être plus ou moins *difficile*; elle peut être simplement *laborieuse*; elle peut forcer le malade à rester assis; elle porte alors le nom d'*orthopnée*; elle peut être *suffocante*, *anhéleuse*, *douloureuse*. Si l'orthopnée est portée à un très haut degré, la respiration est *haute*. Si les mouvements respiratoires se succèdent avec beaucoup de rapidité et d'agitation, on dit, mais à tort, que la respiration est *convulsive*. Dans la gêne de la respiration, c'est tantôt l'inspiration qui éprouve cette

gêne, et tantôt l'expiration. Dans quelques cas la respiration est complètement suspendue, c'est l'*apnée*.

La respiration est *inégale* lorsque la quantité d'air introduite n'est pas la même dans toutes les inspirations ; elle est *irrégulière* lorsque les temps qui séparent les mouvements respiratoires ne sont pas égaux ; elle peut être *intermittente* s'il vient à manquer une ou plusieurs respirations ; *entrecoupée* lorsque l'expiration et l'inspiration se font à plusieurs reprises ; *interrompue* lorsque les mouvements respiratoires ne s'accomplissent pas entièrement.

Nous avons dit que dans l'état physiologique la respiration était insonore ; en effet, dans la veille, elle ne fait entendre qu'un frémissement imperceptible. Chez quelques individus, elle produit, dans le sommeil, un bruit qu'on nomme ronflement. Il n'en est pas de même dans l'état morbide ; alors la respiration devient souvent bruyante. Elle est *sifflante*, *suspirieuse*, *plaintive*, *stertoreuse*, *râlante*, *etc.* La respiration peut être sifflante dans les deux mouvements respiratoires, ou seulement dans l'un d'eux ; il est inutile de définir la respiration suspirieuse, et la respiration plaintive. Il est difficile de faire connaître la respiration stertoreuse, on l'a comparée au bruit de l'eau bouillante ; le *râle* est le bruit que produit l'air qui traverse les mucosités ou autres liquides accumulés dans les bronches ou leurs divisions.

La respiration, examinée au moyen du cylindre inventé par M. Laennec, présente quelques caractères plus ou moins intéressants.

Dans l'état sain, la respiration fait entendre un léger bruit occasioné par l'introduction de l'air dans les cellules pulmonaires et par sa sortie. L'intensité de ce bruit varie selon les âges. Il est plus fort dans l'enfance qu'aux autres époques de la vie. Il est plus sensible chez les sujets maigres, quoique l'embonpoint n'empêche pas de l'entendre; l'accélération de la respiration, quelle qu'en soit la cause, le rend aussi plus intense. On ne le perçoit pas également dans toutes les régions de la poitrine. Plus on s'approche de la racine du poumon, et plus ce bruit est facile à reconnaître. Il est aussi quelques idiosyncrasies chez lesquelles la force de ce bruit est plus remarquable. Ces personnes ont toute leur vie la respiration *puérile*.

Le bruit de la respiration ayant ordinairement son siége dans les fosses nasales et l'arrière-bouche, la respiration la plus bruyante n'est pas celle qu'on entend le mieux par le stéthoscope. La respiration cesse souvent de se faire entendre dans différents points de la poitrine; cette cessation est continue ou intermittente, fixe ou mobile.

Dans certains cas, la respiration devient plus forte que dans l'état normal; d'autres fois plus faible; ces divers changements paraissent et disparaissent avec les causes matérielles qui les produisent.

On doit mettre au nombre des symptômes fournis par la respiration, le *râle*, phénomène qui consiste dans le bruit qu'occasione le passage de l'air à travers les divers liquides accumulés dans les voies aériennes. Ce bruit s'entend mieux à l'aide du cylindre qu'à l'oreille nue. On peut en distinguer de quatre espèces ; mais la nature peut offrir une multitude de variétés intermédiaires : 1° le *râle crépitant* ou *crépitation;* 2° le *râle muqueux* ou *gargouillement;* 3° le *râle sec, sonore*, ou *ronflement;* 4° le *râle sibilant* ou *sifflement.*

Dans le premier, il semble à l'observateur que des bulles contenant de l'air se rompent successivement et avec plus ou moins de rapidité. Le second est celui qu'on entend à l'oreille nue chez les agonisants. Le troisième ressemble au ronflement d'une corde de basse, au roucoulement d'une tourterelle ; il est ordinairement circonscrit. Le quatrième est prolongé, aigu, grave, sourd, sonore, ou de courte durée, et ressemble aux cris des petits oiseaux, au cliquetis d'une petite soupape.

Le râle est abondant ou rare, très gros, gros, moyen, petit, menu, relativement à la grosseur et à la quantité présumées des bulles d'air qui traversent les liquides.

On peut entendre aussi un certain glouglou, une espèce de fluctuation ; enfin, le *tintement métallique*, espèce de résonnance qu'on peut comparer à celle qui résulte de la percussion légère d'un

verre, au bruit expirant d'une petite cloche, à celui que produirait des grains de sable tombant dans un vase d'airain, résonnance qu'on entend à la fin de chaque parole que prononce le malade, et qui, montant dans le tube, vient expirer à une certaine hauteur.

Le *rire*, l'*éternuement*, le *bâillement*, le *hoquet*, dont nous croyons superflu de donner la définition, peuvent se manifester pendant la maladie. La *toux* et l'*expectoration* sont des phénomènes morbides qui méritent notre attention. Tout le monde sait ce que c'est que la toux ; les médecins en ont distingué un grand nombre d'espèces. La toux *humide*, c'est-à-dire suivie de l'expectoration de matières liquides; la toux *sèche*, sans aucune excrétion ; la toux par *quintes* ou par *accès*, efforts de toux plus ou moins considérables revenant par intervalles. On a admis des toux *idiopathiques* et des toux *symptomatiques :* nous verrons plus bas qu'on doit faire la même distinction pour la plupart des symptômes, lorsqu'on veut les convertir en signes. En conséquence, on a reconnu des toux hépatiques, stomacales, utérines, etc., etc.

La toux est ordinairement suivie de l'expectoration, qui est l'acte par lequel on rejette au dehors les matières que la première a détachées des poumons et des bronches. Il ne faut pas confondre l'expectoration avec la matière expectorée, ainsi que l'observe judicieusement M. Chomel, à qui

l'on doit d'ailleurs d'avoir précisé le sens du mot expectoration, expuition et crachement.

L'expuition est l'acte par lequel on rejette les matières amassées dans l'arrière-bouche.

Le crachement, celles qui s'accumulent dans la bouche. Ces divers actes peuvent être plus ou moins faciles, fréquents ou douloureux.

Les matières rejetées au dehors par leur moyen portent le nom de crachats. Ils sont très variés. Lorsqu'ils sont clairs et limpides, on les a improprement appelés *séreux*; *muqueux*, lorsqu'ils sont plus consistants et opaques. Ils peuvent être *sanglants*, *sanguinolents*, *puriformes*, *purulents*, mêlés de sang et de pus, tachés, striés, intimement mélangés, ou composés de sang pur. Quant à leur *couleur*, ils sont blancs, jaunâtres, rouillés, verdâtres, rouges, bruns, noirs, gris, incolores, etc.

Leur *forme* mérite aussi quelque considération. Ils sont ronds, alongés, filants, étoilés, en nappe, isolés, etc. Pour leur *consistance*, ils sont aqueux, gommeux, gluants, écumeux, etc. Ils sont, quant à l'*odeur*, plus ou moins fétides, et fades la plupart du temps. Pour la *saveur*, douceâtres, amers, salés, etc. Enfin ils varient pour leur quantité, leur volume, leur température, etc. Ils peuvent contenir des matières hétérogènes venues du dehors, ou formées dans les voies aériennes; des calculs, des matières tuberculeuses, des kystes, des hydatides, des vers, etc.

§ V. Des changements que l'état de maladie détermine dans la chaleur animale.

Dans l'état de santé la chaleur est douce, modérée, à peu près égale dans toutes les régions du corps et dans les divers moments du jour. Les lois de l'organisation ne permettent pas à cette chaleur d'augmenter ou de diminuer sensiblement ; elle reste à peu près la même sous toutes les températures et sous la plupart des influences extérieures. Il est cependant quelques circonstances qui la font varier. Elle augmente d'une manière remarquable par l'ingestion d'aliments épicés, d'un vin généreux, d'huiles essentielles, d'alcooliques, etc. La respiration d'un air chaud occasione la moiteur et la sueur, que l'on sait être les moyens que la nature emploie pour diminuer l'excès de chaleur animale. L'immersion dans l'eau très chaude, les vêtements mauvais conducteurs du calorique, les passions vives de l'âme, un exercice violent, etc., élèvent aussi la température du corps humain. On peut dire d'une manière générale que tous les agents qui excitent la circulation et l'innervation augmentent la chaleur.

L'abstinence, la diète végétale et lactée, le froid humide, les bains tièdes, les vêtements légers, le calme de l'âme, l'inaction, etc., diminuent cette chaleur.

En maladie, la chaleur augmente d'une manière générale ou partielle, et présente différents degrés d'intensité. L'augmentation, ainsi que les autres changements de température qu'on observe, sont simplement une sensation pour le malade (quelques médecins ont même pensé qu'ils n'étaient jamais que cela), ou sont sensibles pour celui qui observe, et susceptibles d'être appréciés avec rigueur.

La chaleur augmente en général dans les maladies aiguës, et surtout dans leurs paroxysmes; dans les phlegmasies elle est plus ou moins intense dans l'organe affecté, ou dans les parties correspondantes, ou dans quelques parties éloignées. On a distingué différentes espèces de chaleur : la chaleur *franche* est la chaleur naturelle simplement augmentée; la chaleur *halitueuse* est accompagnée d'une légère humidité; la chaleur *sèche* n'a pas besoin d'être définie; la chaleur *âcre* et *mordicante* imprime aux doigts de l'observateur une sensation incommode et désagréable. La chaleur peut être *continue*, c'est-à-dire la même dans tous les instants de la maladie; *rémittente*, plus forte dans certains moments que dans d'autres; *intermittente* sans périodicité, revenir par intervalles irréguliers; *périodique*, reparaître après des intervalles égaux.

La diminution de la chaleur est aussi très fréquente. Il est peu de maladies aiguës qui ne com-

mencent par une sensation de froid, ou même par un frisson; et il existe un genre tout entier d'affections dont le principal phénomène est le retour périodique du froid.

On distingue au froid plusieurs degrés. La simple sensation de *froid*, *algor*; l'*horripilation* ou frissonnement, les bulbes des poils font saillie sur la peau; le *frisson* ou froid avec tremblement général des membres, des mâchoires, claquement des dents, etc. Comme l'augmentation de la chaleur, la diminution peut être réelle ou illusoire. Sensible pour le médecin, ou seulement pour le malade, elle peut être générale ou partielle; *continue*, *rémittente*, *intermittente* et *périodique*. Le froid alterne souvent avec la chaleur, et la précède presque constamment.

Sous le rapport de leur durée, qui peut varier beaucoup, les changements de température méritent de fixer l'attention des médecins. Il n'est pas indifférent que le frisson ne dure que quelques minutes, ou qu'il se prolonge pendant plusieurs heures.

L'abolition complète de la chaleur n'a jamais été constatée d'une manière rigoureuse, pas même dans la congélation. Quelques malades éprouvent la sensation du froid dans une partie réellement chaude, et réciproquement. Quelques uns tremblent de froid, tandis que leur peau est rouge et couverte de sueur, et d'autres se plaignent d'une

chaleur insupportable, tandis que la température de leur peau est naturelle, ou plus basse que dans l'état physiologique.

§ VI. Des changements que l'état de maladie apporte dans les exhalations.

Nous conserverons la distinction admise par les pathologistes pour les exhalations habituelles, accidentelles, morbides et artificielles.

Les exhalations cutanée, muqueuse, séreuse, synoviale, graisseuse, etc., appartiennent au premier ordre; les hémorrhagies, au second; l'exhalation du pus et de quelques autres fluides, au troisième; enfin, celle qui est le résultat de la plaie d'un vésicatoire, d'un cautère, d'un séton, d'un moxa, au quatrième.

L'*exhalation cutanée* n'est pas la même dans toutes les circonstances; en général, douce, égale, continue, insensible, elle devient, par des circonstances analogues à celle que nous venons d'exposer tout à l'heure, plus abondante et perceptible aux sens.

La maladie lui fait quelquefois subir des changements qu'il est utile de connaître; une légère augmentation d'exhalation produit la moiteur, caractérisée par une légère humidité, et par la souplesse de la peau; à un plus haut degré elle détermine la sueur. Le résultat de la perspiration se condense en gouttelettes et mouille les vêtements

en contact. Elle est générale ou partielle : lorsqu'elle est générale, elle peut être égale ou inégale, plus forte au front, au cou, à la poitrine; lorsqu'elle est locale, elle peut se borner à la paume des mains, à l'épigastre, etc. La sueur peut être chaude, tempérée, froide. Elle est fétide, fade, acide, etc. L'odeur de souris, qu'on disait être propre à la sueur produite dans certaines affections, provient, dans la majorité des cas, de l'urine que le malade laisse échapper dans sa couche. Les aliments dont les individus font un usage habituel, et l'atmosphère dans laquelle ils respirent, impriment à la perspiration cutanée une odeur particulière.

La sueur est plus ou moins consistante, aqueuse, ténue, épaisse, visqueuse, collante; presque toujours elle est incolore; quelquefois elle est jaunâtre, jaune, rougeâtre, sanguinolente, bleue et noire.

La sueur varie sous le rapport de sa quantité; elle est aussi passagère, continue ou périodique. Il faut distinguer si elle est provoquée ou entretenue par une cause naturelle appréciable, ou si elle est le résultat simple de la maladie; si elle soulage ou affaiblit le malade, ou même le fait dépérir. Dans ce dernier cas on lui a donné le nom de *colliquative*.

La diminution et même la suppression de transpiration s'observent dans le commencement des

maladies aiguës et dans certaines affections particulières.

On ne peut guère juger que par les matières excrétées les modifications que la maladie imprime dans les *membranes muqueuses* et *leur exhalation*. Ces matières peuvent être plus ou moins abondantes que dans l'état naturel ; leur production peut être entièrement suspendue. Ces changements sont ordinairement partiels, rarement généraux, quelquefois successifs dans les diverses parties du système muqueux. Les qualités physiques du mucus varient beaucoup dans les maladies : il peut être jaune, vert, rouge, d'un blanc mat, limpide, clair, aqueux, filant, de forme pseudo-membraneuse, tubulé ; il est d'une odeur fade, spermatique, acide, fétide, mêlé avec de l'urine, des matières fécales, du sang, des aliments, des boissons, etc. ; enfin il peut acquérir une propriété contagieuse.

Un voile à peu près impénétrable nous dérobe, au moins pendant la vie, les changements qui surviennent dans les membranes séreuses et dans leur exhalation. Mais après la mort on a reconnu que cette fonction subissait les mêmes modifications que nous avons déjà signalées pour les autres. On a reconnu que la quantité de liquide destinée, durant l'existence, à lubrifier les surfaces séreuses, pouvait être beaucoup plus considérable que dans l'état naturel ou beaucoup moindre.

Lorsqu'elle est beaucoup augmentée on peut même assez bien l'apprécier dans le vivant.

La couleur, la consistance, l'odeur et les autres qualités physiques de la sérosité ne peuvent être qu'accidentellement reconnues.

Les dérangements qui surviennent dans la menstruation et dans quelques exhalations sanguines habituelles, méritent d'être signalés. Le flux menstruel ou hémorrhoïdal peut être augmenté, diminué, aboli; il peut être remplacé par une autre hémorrhagie. La nature du sang exhalé peut varier sous plusieurs rapports.

De plus, il survient fréquemment dans le cours des maladies, et à diverses époques, des exhalations sanguines d'une grande importance. Ces hémorrhagies ont ordinairement lieu par les membranes muqueuses; dans ce cas le sang exhalé doit être examiné avec soin. Quelquefois le tissu cellulaire, les cavités séreuses, les parenchymes, les muscles, etc., sont le siége de ces diverses exhalations.

On les a distinguées en *actives* et en *passives*; en *critiques* et *acritiques*; en *symptomatiques*, *idiopathiques* et *supplémentaires*, etc. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet, et dans la séméiologie et dans le diagnostic spécial.

La formation du pus a beaucoup occupé les médecins; sans vouloir pénétrer les mystères dont la nature s'enveloppe, on se borne aujourd'hui à

dire qu'il est le résultat d'une exhalation morbide. Quoi qu'il en soit, il peut être exhalé à la surface de la peau, formé dans le tissu cellulaire, dans les parenchymes, réuni en foyer, ou disséminé dans le tissu des organes. Il présente, pour sa quantité, ses qualités physiques, des phénomènes importants. On doit tenir compte de son abondance plus ou moins grande; de sa couleur blanche, jaune, verdâtre, rougeâtre, grise, livide, variée; de sa consistance homogène, épaisse ou liquide, grumeleuse; de son odeur fade ou fétide, nauséeuse, repoussante; de sa saveur fade ou âcre; enfin de sa pesanteur supérieure à celle de l'eau distillée.

Le pus acquiert, dans quelques maladies, la faculté contagieuse.

On a rangé parmi les exhalations morbides celles qui ont lieu sous l'épiderme dans certaines éruptions; celles de la teigne, des croûtes laiteuses, etc.

Le pus fourni par les plaies des divers exutoires présente quelques symptômes que nous ne devons pas négliger. Il peut être de bonne nature, c'est-à-dire blanc, opaque, consistant, homogène, sans fétidité; ou de mauvaise nature, c'est-à-dire liquide, séreux, grumeleux, grisâtre, sanguinolent, fétide, etc. La surface exhalante est rosée, plus ou moins sensible, ou bien pâle, livide, ecchymosée, saignante, blanche, noire,

gangrenée, insensible ou d'une excessive sensibilité, etc.

§ VII. Des changements que la maladie apporte dans les sécrétions.

Lorsqu'une cause quelconque augmente quelque exhalation, une exhalation d'une autre nature diminue, et réciproquement; il en est de même des sécrétions entre elles, et des exhalations par rapport aux sécrétions. Dans quelques cas rares, on a vu cependant une augmentation générale des sécrétions et des exhalations, et dans le commencement des maladies aiguës ces fonctions sont également diminuées et même suspendues.

Il survient à chacune en particulier des changements importants à noter.

Les larmes offrent peu de symptômes remarquables. On sait que, dans l'état de santé, elles peuvent augmenter par l'effet d'affections morales profondes, par l'impression d'un air froid, l'application d'un corps étranger sur la conjonctive, par certaines odeurs pénétrantes. Dans quelques affections nerveuses, et dans certaines maladies du cerveau, les larmes coulent plus abondamment que dans l'état naturel. On a prétendu qu'elles pouvaient être altérées dans leur nature, mais le fait ne nous paraît pas rigoureusement démontré.

La salive ne fournit guère plus de symptômes que les larmes. Physiologiquement cette sécrétion

augmente dans les repas, par la présence ou par l'idée d'un mets agréable et vivement désiré. Dans l'état de maladie elle peut augmenter, et par l'effet de la maladie et par celui des remèdes, c'est la *salivation* ou *ptyalisme*. Dans les maladies aiguës, et surtout dans le commencement, dans la période d'accroissement, la sécheresse de la bouche fait présumer que la sécrétion de la salive est diminuée comme les autres. Ce fluide devient quelquefois âcre et brûlant; enfin, dans certains cas, la salive acquiert la funeste propriété d'être contagieuse. Dans l'oblitération ou dans l'obstruction des conduits excréteurs, dans les fistules salivaires et dans la destruction de la lèvre inférieure, il y a impossibilité d'excréter ou de retenir la salive.

Les organes sécréteurs de la bile, profondément situés, dérobés à nos sens, ne peuvent nous offrir des changements appréciables d'une manière immédiate. Il est cependant facile de reconnaître *à priori* que la bile est augmentée de quantité dans des cas d'évacuations excessives, et qu'elle est au contraire diminuée lorsque les matières fécales incolores attestent son absence. Les ouvertures de corps ont souvent prouvé que la bile était altérée dans sa composition. Sa couleur varie depuis le vert intense, presque noir, jusqu'à la limpidité du blanc d'œuf. Elle contient souvent des calculs, des hydatides, etc. L'oblitération fré-

quente des conduits excréteurs est la cause la plus commune de la rétention de la bile dans les vésicules.

La sécrétion de l'urine, et principalement l'urine elle-même a de tout temps fixé d'une manière particulière l'attention des médecins. Des misérables, qui, sans talent et sans instruction, spéculent sur la crédulité et la faiblesse humaines, ont prétendu connaître et guérir toutes les maladies par l'inspection des urines. Nous verrons plus tard combien leurs prétentions sont absurdes et ridicules. Heureux encore si elles n'étaient que cela ! Nous verrons aussi que celles des véritables médecins étaient de beaucoup exagérées, et que les signes fournis par les urines sont loin d'avoir la valeur et de mériter la considération qu'on leur attachait. Toutefois nous allons exposer les phénomènes qu'elles présentent. Il est important de connaître préalablement les modifications dont elles sont susceptibles dans l'état sain. Elle augmente ou diminue de quantité en proportion inverse des autres sécrétions ou exhalations ; ainsi lorsque la transpiration cutanée diminue, l'urine augmente ; dans les temps froids et humides, dans les climats froids, elle est plus abondante que dans les circonstances opposées. Lorsqu'on a pris une grande quantité de boissons aqueuses, elle en est aussi plus copieuse. Les enfants et les femmes urinent davantage que les adultes et les hommes, etc.

La couleur naturelle de l'urine varie depuis la teinte la plus légèrement citrine jusqu'au jaune rougeâtre. Au moment de l'excrétion ce fluide est chaud, transparent, citrin; il exhale une légère odeur animale qui n'est point fétide. Il n'est pas rare qu'en se refroidissant elle se trouble, et qu'elle présente de véritables nuages. Ce phénomène a lieu dans les vives émotions de l'âme, après un coït souvent répété, et par l'usage de certaines boissons telles que la bière, etc. Sa couleur change par l'emploi de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses. Les préparations martiales la rendent noire; les bouillons d'oseille, la racine de fraisier et de garance, la betterave rouge lui communiquent une couleur presque sanglante. Chopart, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, rapporte l'histoire d'un hypochondriaque qui croyait uriner du sang. Le médecin qu'il consulta, ayant examiné les urines de ce malade, le crut aussi, et ordonna, mais sans succès, les remèdes convenables. Enfin, après avoir été consulté plusieurs fois, voyant que rien n'indiquait d'ailleurs une altération profonde des voies urinaires, il s'avisa tardivement de lui demander de quels genres d'aliments il faisait usage. Il apprit que ce malade mangeait presque exclusivement des betteraves rouges; il lui conseilla de n'en manger que de blanches, et tous les accidents disparurent. La térébenthine donne à l'urine une odeur re-

marquable de violette, tandis que les asperges la rendent extrêmement fétide, etc. — Telles sont les principales modifications qu'on observe dans l'urine dans l'état de santé. Celles que présente l'état morbide sont bien plus nombreuses.

La quantité du fluide excrété peut être augmentée d'une manière remarquable, et même excessive; elle est souvent beaucoup moindre que dans l'état naturel, et quelquefois elle est entièment supprimée. Sa nature peut être changée. L'urine devient contagieuse dans quelques circonstances. Elle est incolore, limpide, blanche opaque, citrine, jaune, safranée, orangée, rouge, brune ou noire, transparente ou trouble. Elle est ténue, c'est-à-dire se rapproche de l'eau sous le rapport de la consistance; elle est huileuse, *lintescente*, lorsqu'elle offre, avec une couleur foncée, une espèce de viscosité. Elle contracte une odeur ammoniacale, et parfois une odeur repoussante dans quelques maladies.

Elle peut changer d'un moment à l'autre sous tous ces rapports. Quant à sa température, elle est chaude, brûlante ou froide.

L'urine peut contenir une multitude de matières qui lui sont étrangères : l'on y trouve du mucus, du pus, du sang, de fausses membranes, des caroncules roussâtres, noires; du sable, des graviers, des calculs; des matières fécales, du sperme, des vers; enfin des corps étrangers venus du

dehors. Lorsque l'urine reçue dans un vase transparent y a séjourné pendant plusieurs heures, elle prend en général un nouvel aspect. On y observe des pellicules, des suspensions, des sédiments.

On remarque quelquefois sur la surface de l'urine une espèce de membrane mince, iridée, légèrement opaque; c'est la *pellicule*, la *crème*, la *couronne*. Une espèce de *nuage* trouble parfois le sommet du liquide; lorsqu'il tend vers le fond du vase il prend le nom d'*énéorème*. Le *sédiment* ou *hypostase* occupe le fond du vase, et recouvre assez souvent ses parois. Sa couleur est blanchâtre, grise, rosée, briquetée, brune, noire, et même verte ou bleue; il ressemble à du sable (dépôt sablonneux), de la poussière ou du son : dans ce dernier cas, on dit qu'il est furfuracé. Il peut être formé par une matière muqueuse réunie en flocons ou rassemblée en une couche mince et demi-transparente.

L'action d'excréter l'urine, qu'on devrait nommer *miction* pour éviter une périphrase languissante, est quelquefois difficile, c'est la dysurie; l'urine sort souvent goutte à goutte, c'est la *strangurie;* enfin la miction est entièrement impossible, c'est l'*ischurie*. Elle peut être *involontaire* avec ou sans la conscience du malade. Elle peut s'échapper d'une manière continue, c'est ce qui constitue l'incontinence d'urine. Lorsque la vessie est telle-

ment distendue qu'elle ne peut plus contenir d'urine, et que celle-ci s'échappe de cette manière, on dit que le malade urine par *regorgement*. L'excrétion de l'urine est parfois intermittente. Enfin elle peut avoir lieu par des voies insolites, par le rectum, l'ombilic, le périnée, le scrotum, etc. On doit n'admettre qu'avec la plus grande réserve les faits singuliers dans lesquels l'urine a signalé sa présence dans la salive, les sueurs, les matières vomies, et même dans la sérosité renfermée dans les ventricules cérébraux.

§ VIII. Des changements que la maladie détermine dans l'absorption.

L'absorption interstitielle joue un des rôles les plus importants dans les maladies, et, bien qu'on ne puisse pas suivre de l'œil ses opérations, il est impossible de ne pas admettre que c'est à elle que la nature a confié la résolution de la plupart des affections morbides. La disparition d'une ecchymose, celle d'une pneumonie, d'un épanchement de sang dans le cerveau ou dans tout autre viscère, etc., sont sans contredit des actes de l'absorption. C'est elle qui, dans l'état naturel, opère les mouvements de décomposition journaliers auxquels nous sommes soumis. La rapidité de ces mouvements de décomposition, dans quelques maladies, doit faire conclure que l'énergie de cette fonction est accrue. C'est peut être autant à cet accroissement

de l'absorption qu'à la diminution de l'exhalation qu'on doit attribuer la sécheresse des membranes dans le principe des maladies. C'est peut-être encore aussi bien à sa diminution d'activité qu'à l'augmentation de l'exhalation que sont dus les divers épanchements séreux, celluleux, etc. On peut donc juger de l'augmentation de l'absorption par la rapidité de l'amaigrissement, par la promptitude avec laquelle un épanchement ou une tumeur quelconque disparaissent. Les phénomènes contraires prouveront sa lenteur.

§ IX. Des changements que la maladie détermine dans la nutrition.

Lorsque certains organes sont forcés, par une cause quelle qu'elle soit. d'augmenter leur action, on les voit ordinairement augmenter aussi de volume, c'est l'*hypertrophie*, l'augmentation de la nutrition. La plupart des organes sont susceptibles de cet accroissement ; ceux qui tiennent le premier rang sont les organes musculeux, et surtout le cœur. Les organes parenchymateux paraissent aussi susceptibles de cet accroissement de nutrition, ainsi que le tissu cellulaire et autres. La diminution des organes, suite de leur inaction, qui constitue l'*atrophie*, doit être considérée comme l'inverse du phénomène précédent. Lorsque l'augmentation de volume arrive en même temps dans toute l'économie, on doit la regarder comme une

action physiologique. Il n'en est pas de même de sa diminution générale, qui accompagne la plupart des maladies, et principalement les maladies chroniques. Une croissance trop lente ou trop rapide, arrivant par une cause morbifique, a été attribuée à une altération de la nutrition ; on a aussi attribué à la perversion de cette fonction la naissance des diverses tumeurs qui se manifestent dans nos organes.

DEUXIÈME SECTION.

DES CHANGEMENTS QUE L'ÉTAT DE MALADIE OCCASIONE DANS LES FONCTIONS DE LA VIE DE RELATION.

§ I. Des changements que la maladie fait subir à l'habitude extérieure du corps.

Qu'on la considère dans son ensemble ou dans ses détails, l'habitude extérieure du corps présente une multitude de symptômes intéressants.

Il n'est pas même difficile, pour les personnes les plus étrangères à la médecine, de reconnaître les changements que la maladie apporte dans l'attitude. Aisée et libre pendant la veille, elle devient molle et languissante, forte et assurée ; les membres sont agités ou immobiles, contournés dans divers sens. Le décubitus, qui ordinairement a lieu sur l'un des côtés indifféremment, les membres étant demi-fléchis, peut avoir lieu seulement sur le dos, rarement sur le ventre,

souvent sur un seul des deux côtés ; la position assise est quelquefois la seule possible, etc. Enfin l'attitude peut être changeante.

La cause la plus fréquente de l'augmentation de volume du corps est l'infiltration. Si l'on presse la partie ainsi infiltrée, elle conserve l'impression des doigts ; la peau est alors ordinairement pâle et demi-transparente. Lorsque cette infiltration de sérosité est générale on la nomme *anasarque* ou *leucophlegmatie ;* elle prend le nom d'*œdème* lorsqu'elle est locale. L'épanchement d'air dans le tissu cellulaire, connu sous le nom d'*emphysème*, est une cause assez rare d'augmentation de volume du corps ; on le reconnaît à une espèce de crépitation que la pression détermine. L'augmentation générale d'embonpoint n'est pas un symptôme, mais on ne doit pas passer sous silence la légère tuméfaction que la pléthore et les maladies inflammatoires occasionent ordinairement.

On doit avoir égard à l'amaigrissement général, et surtout à la manière dont il se manifeste.

La consistance des chairs mérite aussi une attention particulière.

La peau, dont la couleur varie suivant une multitude de circonstances physiologiques, n'est pas susceptible de moins de changements dans l'état pathologique.

Elle est *pâle*, *sale*, *terreuse*, *livide*, *rosée*, *rouge*, *jaunâtre*, *jaune*, *jaune-paille*, *jaune-ci-*

tron, *verdâtre*, *verte*, *noire*, *violacée*, *bleue*, *marbrée*, etc. Elle se couvre d'éruptions multipliées, qui sont la plupart du temps des maladies elles-mêmes, et dont nous devons nous abstenir de parler en ce moment, et ne sont d'autres fois que des phénomènes accidentels, tels que les *pétéchies*, le *millet*, etc. Les premières ressemblent assez bien à des morsures de puces dont le point central serait effacé ; elles ne font point de saillies sur la peau ; elles sont rondes, isolées, discrètes, quelquefois confluentes. Leur forme peut varier à l'infini ; je les ai vues dans les typhus revêtir toutes sortes d'apparences. Elles se montrent en général du troisième au septième jour, rarement plus tôt ou plus tard. Les bras, la partie antérieure de la poitrine sont les régions qu'elles occupent de préférence.

Lorsqu'on regarde attentivement un malade, jeune encore, dans la période d'accroissement d'une maladie aiguë, il n'est pas rare d'apercevoir sur diverses régions, et principalement sur le thorax, une multitude de petites élévations semblables à des pointes d'épingles pour la grosseur, et à de petites gouttelettes d'eau limpide, pour la couleur et la transparence ; c'est l'éruption miliaire dont les auteurs ont beaucoup parlé, et dont l'importance diminue beaucoup de nos jours. Lorsque les vêtements laissent une trace, un sillon sur la peau, cette impression porte le nom de *plica-*

ture. Les *phlyctènes* sont des vésicules plus ou moins volumineuses, et renfermant une sérosité claire.

Quant à la tête elle présente aussi quelques symptômes tels que sa déviation sur l'un des côtés, son inclinaison en avant ou en arrière, son augmentation et sa diminution de volume, soit générale, soit partielle; enfin elle est le siége de quelques éruptions particulières.

Quelques médecins ajoutent une grande importance à la physionomie des malades : en effet, les maladies impriment à la face une multitude d'expressions variées. Toutes les passions peuvent s'y peindre. On a principalement distingué la *stupeur*, la *face vultueuse*, *grippée* et *hippocratique.*

La *stupeur* est caractérisée par un air distrait et abattu; les yeux sont ternes et sans expression; on a de la peine à obtenir quelques réponses des malades; ils paraissent indifférents sur leur état, et étrangers à ce qui les entoure. L'injection des diverses parties de la face, la distension des traits, des yeux, des lèvres, des joues, leur couleur rouge et quelquefois violacée, constituent la face *vultueuse.*

Les caractères inverses, la diminution de la figure, sa pâleur, sa lividité, la concentration des traits, leur alongement, appartiennent à la face *grippée.*

Enfin la face si improprement nommée *hippo-*

cratique, parceque Hippocrate en a tracé le tableau d'une main supérieure, se distingue aux signes suivants : la proéminence excessive des saillies osseuses, la dépression des parties charnues, la couleur terreuse et plombée de la peau. Le nez est aigu, effilé ; les yeux sont creux et ternes, les paupières à demi fermées, les tempes creuses, les pommettes saillantes, les oreilles froides et sèches, les lèvres pendantes, etc.

La face est souvent agitée de mouvements convulsifs, de tremblements, de contorsions; elle est le siége de déviations de tous genres ; elle est quelquefois dans une immobilité complète ; elle augmente ou diminue de volume avec le reste du corps, et dans les mêmes circonstances ; ces symptômes peuvent cependant n'avoir lieu que dans cette région. On doit faire une attention spéciale à sa coloration : en effet, dans les maladies, les nuances de couleur que revêt la peau sont plus manifestes au visage que partout ailleurs. Elle rougit dans une multitude de cas, elle devient livide, violette ; cette rougeur est générale ou bornée à certaines parties, comme aux deux pommettes ou même à une seule, etc. ; elle est constante, intermittente ou passagère. La face est souvent pâle, quelquefois jaunâtre, jaune de diverses nuances ; enfin elle peut être envahie par des éruptions qui lui sont propres.

Les symptômes fournis par les yeux sont telle-

ment nombreux et variés, qu'ils ont donné naissance à des traités spéciaux. M. Lœbenstein-Lœbel a fait un ouvrage assez volumineux sur l'*ophthalmoscopie*. Nous nous bornerons à quelques phénomènes importants que présentent les parties constituantes et les parties accessoires de l'œil. Il est superflu de dire quel est l'état naturel de ces parties ; dans l'état de maladie elles éprouvent divers changements.

Leur expression, la plupart du temps en rapport avec celle de la face, peut être douce, menaçante, égarée, suppliante, etc. Le globe de l'œil est fixe, convulsé, contourné en haut, en bas, sur les côtés; son volume est ou paraît augmenté ou diminué. La cornée peut être rouge, injectée, jaune, bleuâtre, terne, etc.; elle offre quelquefois des taches, des excoriations, des phlyctènes, des collections purulentes.

La pupille est dilatée ou rétrécie, elle est mobile ou immobile, égale dans les deux yeux ou inégale ; sa forme peut devenir accidentellement irrégulière.

Les autres changements appartiennent à des maladies spéciales de ces organes.

Les parties accessoires de l'œil méritent aussi notre attention. Un mouvement successif et rapide agite quelquefois les paupières ; ces voiles se meuvent dans d'autres circonstances avec une extrême lenteur. Elles peuvent être complètement fermées;

entr'ouvertes dans certains cas ; enfin plus ouvertes d'un côté que de l'autre. Leur volume augmente et diminue d'une manière plus manifeste que celui des autres parties du corps. Elles peuvent être renversées en dedans ou en dehors, et circonscrites par un cercle ardoisé. La conjonctive peut être humide ou sèche, plus ou moins gonflée, et striée de matière muqueuse. Cette matière peut se sécher et donner aux yeux un aspect pulvérulent. On a ajouté plus d'importance qu'il ne fallait aux symptômes fournis par la caroncule lacrymale ; ce petit organe se colore parfois d'un rouge intense, et d'autres fois devient plus ou moins pâle ; il n'est pas très rare de le voir se recouvrir de poils.

Les cils se dévient, se couvrent de chassie, et tombent dans quelques maladies. Les affections des voies lacrymales donnent lieu au gonflement, à la rougeur, à l'ulcération du sac lacrymal et au larmoiement.

Les sourcils se meuvent de diverses manières suivant les passions qui animent les malades, et quelquefois aussi lorsque la respiration est très gênée.

Le front concourt à l'expression de la face ; il se ride et se couvre de boutons, d'exostoses, etc. Les tempes se creusent ; les artères qui les sillonnent battent souvent avec violence. Les joues peuvent être paralysées ou convulsées des deux

côtés à la fois, mais plus souvent d'un seul; elles augmentent de volume et se couvrent, dans certains cas, de pustules rouges et persistantes. Le nez s'effile dans les maladies de long cours; il augmente de volume dans quelques inflammations locales ou générales; il devient rouge, luisant, quelquefois livide, et même peut se gangrener; les narines s'écartent et se rapprochent avec rapidité lorsque le malade respire avec beaucoup de peine; elles sont aussi fréquemment resserrées et immobiles; des croûtes, des gerçures se manifestent parfois à leurs orifices.

Les lèvres peuvent être pendantes, écartées l'une de l'autre, serrées, contractées, tremblantes, paralysées, convulsées, entraînées à droite ou à gauche, ou en sens contraire. Lorsqu'une des commissures est tirée d'un côté par une contraction convulsive, c'est le *spasme cynique;* c'est le *rire sardonique*, lorsqu'elles s'écartent l'une de l'autre par la même cause.

On a désigné par l'expression triviale de *fumer la pipe*, le mouvement subit en avant, et la séparation des lèvres, produits par l'expiration dans quelques maladies.

Leur volume augmente et diminue dans certaines maladies. Leur couleur, d'un rouge plus ou moins vif dans les affections aiguës, fait place à la pâleur dans les maladies chroniques, et même quelquefois à une couleur bleuâtre. Les lèvres peu-

vent être sèches, lisses, fendillées, et se recouvrir d'un enduit sec, noirâtre, grisâtre ou brun.

De toutes les régions de la face aucune n'est peut-être le siége d'un symptôme plus digne d'attention que la région parotidienne. Ce symptôme consiste dans la tuméfaction de ces parties, tuméfaction qui a son siége, ou dans la glande elle-même, ou dans les tissus qui l'environnent: on lui donne le nom de *parotide*. Ce symptôme peut se montrer sur un seul côté, ou sur tous les deux en même temps.

Le volume et la couleur des oreilles varient dans les maladies. Elles sont rouges, livides, froides, vermeilles, brûlantes, etc. Le conduit auditif externe laisse échapper du mucus, du pus, du sang, des fragments osseux, etc. L'air expiré, passant par la trompe d'Eustachi, sort par ce conduit lorsque le tympan est percé.

Les cheveux éprouvent aussi par la maladie quelques modifications notables. Ils tombent, ils deviennent sensibles, douloureux, se mêlent d'une manière inextricable, enfin changent de couleur. Il est des individus chez lesquels ils deviennent verts; mais ils blanchissent bien plus fréquemment par quelques causes accidentelles.

Le cou augmente et diminue de volume de la même manière que le reste du corps, il est aussi exposé à augmenter par quelques causes particulières. On ne doit pas négliger de noter la saillie

et quelquefois les ondulations des veines jugulaires externes, non plus que le battement des carotides.

Le thorax paraît augmenter de capacité dans certaines affections, tandis que dans d'autres il diminue réellement, et quelquefois se vicie dans sa forme; il peut être plus volumineux d'un côté que de l'autre. La saillie des épaules a été observée par tous les médecins, ainsi que celle de quelques vertèbres; dans quelque cas on aperçoit aussi sur le trajet de la colonne vertébrale une tumeur molle, fluctuante, quelquefois semi-diaphane; enfin la fluctuation a été trouvée sensible dans les espaces intercostaux.

L'abdomen augmente de volume d'une manière générale ou circonscrite, passagère ou persistante; il peut faire entendre un bruit plus ou moins fort par la percussion. Si les gaz distendent le ventre outre mesure, on dit qu'il y a *ballonnement* ou *tympanite*; les hypochondres, l'épigastre, la région ombilicale, les flancs, l'hypogastre, peuvent être plus ou moins gonflés. Des tumeurs distinctes au toucher, et souvent à la vue, peuvent occuper ces diverses régions. Le ventre diminue aussi de volume d'une manière générale ou partielle. La consistance du ventre est souvent plus grande que dans l'état physiologique; enfin sa forme varie dans quelques affections des viscères qu'il contient. On observe aussi aux ouvertures, ou anneaux si-

tués sur ses parois, des tumeurs extérieures qu'on nomme *hernies*. Les aines sont le siége de tumeurs qu'on a appelées bubons, et d'abcès primitifs et consécutifs.

Les organes génitaux de l'homme et de la femme sont presque toujours le siége des symptômes primitifs de la vérole. Des écoulements, des chancres, des excroissances s'y développent; l'orifice de l'anus, ordinairement occupé par des tumeurs hémorrhoïdaires, est aussi quelquefois envahi par des altérations analogues. Le pénis augmente de volume dans certaines maladies; la plupart du temps il tombe dans un état de flaccidité remarquable; il disparaît presque complètement dans quelques circonstances. Les testicules sont souvent augmentés de volume, rarement diminués; ils peuvent être rétractés près de l'anneau inguinal; l'épididyme peut être gonflé; la tunique vaginale distendue par du liquide; le scrotum considérablement tuméfié.

Des symptômes analogues s'observent aux parties génitales des femmes.

La plupart des symptômes qu'on remarque dans les membres peuvent être renvoyés à ceux que présente la *locomotion*; leur augmentation, leur diminution de volume, générale ou partielle, dans leurs articulations ou dans leur continuité; leur mobilité, leur immobilité, leurs changements de couleur, et quelques phénomènes que nous

présentent les pieds et les mains, sont les seules choses à noter ici.

§ II. Des changements que la maladie détermine dans les organes de la locomotion.

Les os, organes passifs des mouvements, sont sujets à une multitude de maladies qui leur sont propres, et qui appartiennent à la pathologie externe. Nous pouvons cependant faire remarquer que la syphilis produit des tumeurs osseuses qui ont reçu le nom d'exostoses ; que le scorbut détermine le décollement des épiphyses et des cartilages ; que le rachitisme occasione le ramollissement général des os, ce qui donne naissance à des altérations de forme, à des difformités plus ou moins choquantes, ce qui gêne et empêche même tout-à-fait les mouvements.

Les symptômes fournis par les muscles, organes actifs des mouvements, sont d'une bien plus haute importance pour le médecin.

La plupart des maladies abattent les forces musculaires, il en est peu qui les exaltent. En effet, presque toujours les malades sont faibles et fatigués ; ils ne peuvent soutenir le moindre exercice ; la marche, la station leur sont non seulement impossibles, mais il en est qui ne peuvent ni se mettre à leur séant, ni même mouvoir leurs membres supérieurs. L'abolition complète des mouvements constitue la *paralysie*, qui peut être géné-

rale; occuper la moitié latérale du corps, c'est l'*hémiplégie;* ou sa moitié inférieure, c'est la *paraplégie;* le bras d'un côté, et la jambe de l'autre, c'est la *paralysie croisée;* enfin n'attaquer qu'un bras ou qu'une jambe, que la langue ou que la paupière, ou même qu'une partie d'un organe. La paralysie peut être complète ou incomplète, durable ou passagère, survenir tout-à-coup ou lentement, etc.

Les mouvements peuvent d'ailleurs offrir des troubles variés, une sorte de tremblement qui peut être occasioné par une multitude de causes diverses; la raideur, qui peut avoir le même siége que la paralysie, ainsi que la contracture caractérisée par une rigidité permanente des muscles; la crampe, qu'il est superflu de décrire; le soubresaut, qui consiste dans une secousse, une contraction subite, instantanée, des muscles d'un membre, et surtout du membre thoracique, et qui se reconnaît aux mouvements dont les tendons superficiels de ces muscles sont agités; la carphologie ou carpologie, mouvements automatiques sans but, sans motif, que le malade exécute pour chercher dans l'espace des corps qui n'existent pas, pour ramasser sur sa couche des objets imaginaires, etc.; les convulsions, qu'on a distinguées en cloniques ou en toniques, dont les premières présentent des contractions violentes, involontaires, avec alternative de relâchement.

Ces convulsions agitent les membres dans tous les sens ; les mouvements qu'elles produisent sont excentriques ou concentriques ; le tronc s'abaisse, se soulève, exécute des contorsions, des ondulations semblables à celles des reptiles. Il est des malades qui se lèvent et qui tournent avec rapidité les bras étendus, ou pressent sur leur corps une chaise ou tout autre meuble tombant sur leurs mains, etc. Les convulsions peuvent avoir le même siége, et offrir d'ailleurs les mêmes variétés que les diverses espèces de paralysies. Dans les secondes (les convulsions toniques) il n'existe pas de relâchement, la contraction est permanente, et l'immobilité qui en résulte est très difficile et souvent impossible à vaincre ; c'est ce qui constitue le tétanos, auquel on a donné, dans les écoles, des noms barbares, selon que la contraction courbe le corps en avant, en arrière, ou sur les côtés. Ces distinctions puériles méritent peu d'être conservées. On l'a nommé *trismus* lorsqu'il est borné aux muscles élévateurs de la mâchoire. On conçoit que les convulsions toniques permanentes peuvent offrir les mêmes variétés que les précédentes.

La catalepsie, qui présente le singulier spectacle d'un individu qui conserve immobile la position qu'il avait en perdant connaissance, ou celle qu'on lui imprime consécutivement.

La danse de Saint-Guy, ou de Saint-With,

suite irrégulière de mouvements désordonnés, dont les uns, volontaires, tendent au but que le malade veut atteindre, dont les autres, involontaires, l'en éloignent irrésistiblement.

Enfin une anomalie de contractilité, qui empêche d'exécuter des mouvements réguliers, lorsqu'on y procède avec lenteur, ce qui n'arrive pas lorsqu'on agit avec promptitude.

§ III. Des changements que la maladie détermine dans les organes de la voix et de la parole.

Peut-être le sujet dont nous allons nous occuper serait-il mieux placé à la suite des symptômes respiratoires. Il existe entre la voix, la parole et la respiration, une connexion si intime, une dépendance si grande, qu'il semblerait plus naturel d'en traiter aussitôt après cette fonction. En effet, l'une et l'autre dépendent à peu près des mêmes organes, et exigent à peu près aussi les mêmes moyens d'exploration. Quoi qu'il en soit l'usage a prévalu, et la voix et la parole étant sous l'influence immédiate de la volonté, caractère principal qui sépare, comme on le sait, les deux vies, étant d'ailleurs des moyens éminents de relation, de communication, on les a rangées, non sans raison, au nombre des fonctions de la vie extérieure.

Il est rare que la voix devienne plus forte dans les maladies ; mais elle s'affaiblit sensiblement dans un grand nombre de circonstances : on la

voit souvent complètement abolie, c'est l'*aphonie.* Lorsque les malades meuvent les lèvres, comme s'ils voulaient parler, sans cependant proférer de paroles, on dit qu'il y a mussitation. La voix peut changer de ton, devenir aiguë, sifflante, rauque, enrouée, nasonnée, fausse, discordante; on voit même certains malades imiter les cris et les chants des animaux.

La maladie peut donner naissance à la parole tremblante, à l'hésitation, au bégaiement, qu'il est inutile de définir. La parole est souvent brusque, prompte, d'autres fois lente; les malades sont fréquemment *loquaces*, etc.

On donne le nom de mutisme à la perte de la parole que n'accompagne pas celle de la voix; on peut être *muet* sans être *aphone*, et aphone sans être muet.

L'homme sain qui parle ou qui chante fait entendre par le cylindre une espèce de frémissement; dans certains cas cet effet cesse, la voix semble monter par le stéthoscope, parvient par cette voie à l'oreille appliquée sur l'instrument, et ne frappe plus l'oreille libre. Ce symptôme porte le nom de *pectoriloquie;* elle peut être *parfaite*, *imparfaite*, *douteuse*, offrir diverses modifications, se changer en *égophonie,* en *pectoriloquie chevrotante,* et en tintement métallique.

La *pectoriloquie* est *parfaite* lorsque la voix monte directement par le tube, comme si le stéthoscope

était appliqué sur la trachée-artère ; elle est *imparfaite* lorsque sur un point de la poitrine la voix est bien plus forte qu'à l'oreille nue ; elle est *douteuse*, si la voix du malade paraît un peu plus aiguë, se fait entendre par le cylindre sans le traverser complètement. Ces divers bruits peuvent être continus ou intermittents.

Si la pectoriloquie semble traverser un tube d'airain avec un chevrotement remarquable, c'est l'*égophonie*, qui peut être aussi continue ou intermittente.

§ IV. Des changements que la maladie apporte dans les organes de la sensibilité et des sensations.

L'état de maladie peut augmenter la sensibilité et la diminuer ; mais la perversion de cette fonction, qui constitue la douleur, est bien plus fréquente, et mérite bien davantage l'attention du médecin. La douleur se présente avec des caractères particuliers dans les diverses maladies. On dit qu'elle est tensive lorsqu'elle fait éprouver un sentiment de distension; elle est gravative, où elle occasione une espèce de pesanteur; elle est pulsative, si le malade ressent des pulsations; lancinante, s'il éprouve des élancements ; contusive, si elle ressemble à celle qui succède à une contusion ; brûlante, à celle que produirait un corps incandescent; prurigineuse, c'est la démangeaison. La douleur est caractérisée quelquefois par une espèce de fourmillement, de

picotement ; elle est déchirante, pénétrante, pongitive ; enfin les sensations qu'éprouvent les malades peuvent être comparées à celles qu'occasioneraient des dilacérations , des griffes et des barres de fer, des poids énormes, des boules, etc., etc. L'intensité de la douleur est variable suivant les maladies, suivant les individus, et suivant différentes causes ; celle-ci augmente par le froid, celle-là par le chaud ; la pression exaspère l'une, et soulage l'autre ; le mouvement produit les mêmes effets.

La douleur peut être continue, rémittente, intermittente ou périodique, générale ou partielle ; fixe ou mobile, fugace ou persistante, aiguë ou chronique, etc.

Elle a encore reçu différents noms, suivant la région qu'elle occupe ; on lui a donné les noms de céphalalgie, migraine, otalgie, odontalgie, cardialgie, épigastralgie, colique, néphralgie, hépatalgie, rachialgie, névralgie, etc., suivant qu'elle occupe la tête, l'une des deux moitiés de la tête, l'oreille, les dents, le cardia, l'épigastre, les intestins, les reins, le foie, le rachis, les nerfs, etc.

Il arrive souvent que dans l'état morbide les sensations sont troublées ; l'impression des objets extérieurs fatigue ; les perceptions sont confuses et fausses. Les fonctions des organes des sens sont exaltées, diminuées, abolies et perverties.

Pour la vue, sa perversion consiste à montrer

des objets qui n'existent pas, tels que des étincelles, des mouches, des toiles d'araignée, des ombres; à changer la forme, la couleur, la position, le volume des objets réels; à ne faire voir que la moitié des corps, ou à les doubler.

Pour l'ouïe, elle consiste à faire entendre des sons illusoires, tels que des voix, des chants, des perçussions, le bruit des cloches, des vents, d'eau courante, des sifflements, des tintements, des instruments de musique; ou à dénaturer des sons réellement produits.

Pour l'odorat, on observe les mêmes modifications, ainsi que pour le goût; il n'est pas rare que les malades trouvent une saveur acide, fade, amère, douceâtre, salée, cuivreuse, aux boissons dont ils font usage, etc. Le toucher est aussi exposé aux mêmes anomalies.

§ V. Des changements que la maladie apporte dans les affections morales.

De tout temps on a remarqué que l'état de maladie changeait le caractère. Il est presque trivial de dire que tout individu malade devient triste, inquiet, morose, taciturne; il faut un grand empire sur soi pour ne pas témoigner son impatience lorsqu'on souffre, et peu d'hommes sont capables de cet effort. Les femmes, qui semblent par leur organisation destinées à souffrir, supportent leurs maux avec plus de résignation, et beaucoup sont

en proie à la douleur, dont le visage n'exprime rien; et même laisse souvent entrevoir une apparente sérénité. Dans quelques maladies les individus deviennent plus affectueux, plus sensibles ; mais si les témoignages d'intérêt et d'amitié les touchent profondément, ils ne sont pas frappés moins vivement par le manque d'égards et de prévenances. Dans certains cas cette sensibilité est considérablement diminuée, et même presque entièrement abolie, au point d'être indifférents sur leur propre sort ; des amis, des parents chers, dans l'état de santé, peuvent devenir indifférents et même insupportables dans la maladie, et réciproquement. Des personnes fermes et courageuses sont faibles et pusillanimes ; des individus doux deviennent acariâtres ; les timides, audacieux, etc.

Des changements que la maladie apporte dans les fonctions intellectuelles.

Les fonctions de l'intelligence sont troublées dans leur ensemble ou séparément. Il n'est pas rare de voir des individus chez lesquels la mémoire, le jugement ou l'imagination sont pervertis ; mais le plus ordinairement l'altération porte sur l'ensemble des facultés intellectuelles. Leur exaltation s'observe dans quelques maladies, mais leur affaiblissement est bien plus ordinaire. C'est vainement que vous sollicitez l'attention de celui-ci, il ne vous écoute, il ne vous entend pas; il oublie la

question qu'on vient de lui adresser : s'il répond, c'est avec une lenteur extrême, et rarement sa réponse est-elle juste ; ses traits sont impassibles, ses regards distraits, sa physionomie indifférente, hébétée.

L'intelligence est quelquefois entièrement abolie ; mais sa perversion, qui constitue le délire, est infiniment plus commune.

On a distingué une multitude d'espèces de délire. Un délire intérieur, caractérisé par une espèce de marmottement, de monologue, ou de conversation avec les absents, par des mouvements automatiques, etc. ; un délire extérieur, dans lequel les rapports des malades avec ce qui les entoure sont entièrement désordonnés; un délire général ou complet, roulant sur tous les objets ; un délire partiel ou même exclusif; un délire constant, passager, intermittent, périodique; un délire doux, tranquille, un délire furieux ; un délire gai, un délire triste ; léger, dont on peut plus ou moins tirer les malades ; profond, qu'on ne peut faire cesser; idiopathique ou symptomatique, fugace ou durable, aigu ou chronique. En général, les malades perdent le souvenir de ce qu'ils ont fait ou dit pendant leur délire ; quelquefois ils se le rappellent d'une manière confuse ou assez claire.

Dans quelques circonstances, les fonctions de l'encéphale, telles que les sensations, l'intelligence, la conscience des objets extérieurs, cessent plus

ou moins complètement leur exercice, sans que pour cela l'individu soit dans le sommeil. La perte de connaissance est le phénomène principal qui caractérise cet état.

On nomme *lipothymie* cette suspension des fonctions encéphaliques, lorsqu'elle est accompagnée de la diminution très sensible de la respiration et de la circulation, avec pâleur de la face et résolution des membres; et *syncope*, lorsque la respiration et la circulation sont entièrement suspendues. On devrait peut-être y joindre l'*asphyxie*, qui consiste aussi dans l'interruption de toutes les fonctions, mais ordinairement avec lividité de la face.

Les *vertiges* ne sont qu'une perversion de la perception ; il semble au malade que les objets tournent autour de lui ; il existe assez fréquemment avec les vertiges un sentiment de défaillance et des battements de cœur.

§ VI. Des changements que la maladie apporte dans le sommeil.

Dans la maladie le sommeil peut être plus long et plus profond que dans l'état physiologique, mais l'insomnie est un symptôme bien plus fréquent. En effet, quoiqu'il ne soit pas toujours entièrement suspendu, le sommeil est au moins diminué dans la plupart des affections. Il peut être troublé par des songes et par le cauchemar ou incube. Le sommeil cesse quelquefois brusquement ;

le réveil a lieu en sursaut ; enfin, destiné à réparer les forces, il ne remplit pas son objet dans certaines circonstances où il n'est pas rare que le malade s'éveille plus fatigué qu'avant de dormir.

Il est un état intermédiaire entre le sommeil et la veille, état où l'individu ne peut ni veiller ni dormir, auquel on a donné le nom de *somnolence.*

Lorsque le sommeil est lourd et pesant, que le réveil est difficile, on le nomme *sopor* ou *cataphora;* on se sert peu de ces expressions aujourd'hui. Le mot de *coma* est bien plus usité, il désigne un sommeil plus lourd et plus profond que le précédent, mais dont on peut encore tirer le malade. On en a distingué deux espèces : dans l'une, l'individu semble rêver, il délire, c'est le *coma vigil;* et le *coma somnolentum,* dans lequel le malade parle seulement quand on l'éveille. Il est encore des degrés d'un sommeil plus profond ; on les a désignés sous le nom de *léthargie* et de *carus.*

Dans l'état carotique il est totalement impossible d'éveiller le malade ; dans la léthargie cela n'est pas complètement impossible, mais il retombe tout de suite dans le même état, et n'a aucune conscience de ce qui se passe.

TROISIÈME SECTION.

DES CHANGEMENTS QUE LA MALADIE DÉTERMINE DANS LES FONCTIONS GÉNÉRATRICES.

Les organes génitaux et leurs fonctions nous

offrent un petit nombre de symptômes, surtout chez l'homme ; en effet, chez lui la sécrétion du sperme est rarement augmentée, elle est diminuée dans la plupart des maladies : son excrétion est quelquefois douloureuse, difficile, involontaire, etc. Tels sont à peu près les seuls phénomènes que ces fonctions présentent, nous n'entendons pas parler des maladies qui affectent les organes de la reproduction.

Chez la femme, les menstrues, les lochies, et même la sécrétion du lait, donnent lieu à des symptômes bien plus importants et bien plus nombreux. Le flux menstruel est quelquefois très abondant; cette hémorrhagie peut arriver, non seulement aux époques menstruelles, mais même dans les intervalles. La quantité de sang qu'une femme perd à chaque époque des règles est souvent diminuée et quelquefois entièrement supprimée. Et le moment où les menstrues arrivent est fréquemment dérangé, soit qu'elles se montrent plus tôt, soit qu'elles viennent plus tard que dans l'état naturel. Enfin l'on a plusieurs fois observé des déviations menstruelles bien singulières ; les règles ont paru par toutes les ouvertures naturelles, quelquefois entre les ongles, par le grand angle de l'œil, par les oreilles, par des plaies, et même par des cicatrices.

On observe pour les lochies des modifications analogues.

La sécrétion du lait est souvent diminuée; son augmentation n'a jamais été observée. Quant à sa déviation, elle a été généralement rejetée dans ces derniers temps. On a dit que la présence du lait dans quelques abcès, dans certaines péritonites, et dans quelques exhalations intestinales et vaginales, n'était qu'apparente et illusoire; que ces fluides, prétendus laiteux, existaient chez l'homme comme chez la femme, et que l'analyse chimique n'avait jamais démontré la présence des principes des matériaux du lait. Ces raisons paraissent péremptoires : on pourrait cependant objecter que, si l'on admet des hémorrhagies supplémentaires, c'est-à-dire le sang menstruel, par exemple, se portant sur les bronches, sur l'estomac, etc.; si l'on admet la rétrocession de la goutte, et celle de toutes sortes d'exanthèmes, la disparition subite d'une phlegmasie nouvelle, etc.; si l'on admet la présence de la bile dans le sang et dans tous les tissus, nous ne voyons pas pourquoi il y aurait une exception pour le lait. D'une part, pourquoi les vaisseaux absorbants ne pourraient-ils pas transporter ce liquide, tout formé, dans les diverses parties du corps? et d'autre part, une irritation éloignée, produite par quelque cause que ce soit, ne peut-elle pas appeler à elle les matériaux destinés à la sécrétion du lait? Nous ne voyons aucune raison physiologique *organique* qui s'oppose à admettre ce phénomène. Et de ce qu'on observe

chez l'homme des abcès ou des écoulements qui ont la même apparence, est-ce une raison pour que ces phénomènes soient identiques?

Quant à l'appétit vénérien, il subit dans les maladies les mêmes modifications que les autres fonctions.

QUATRIÈME SECTION.

MANIÈRE D'INTERROGER, D'EXAMINER UN MALADE, ET DE TRACER UNE OBSERVATION.

Rien n'est peut-être plus embarrassant pour un jeune médecin, qui débute dans l'exercice de sa profession, que la manière d'examiner et d'interroger un malade. Cette partie de l'art, sans contredit la plus importante, puisque sans elle il n'y a ni diagnostic sûr, ni traitement raisonnable, est cependant tellement négligée qu'il est peu de praticiens, même parmi les plus exercés, qui s'en acquittent d'une manière satisfaisante. On a souvent à souffrir de l'incohérence et du désordre de leurs questions, de leur incertitude, de leur hésitation; dépourvus de bases certaines, on les voit passer sans motif d'un objet à un autre, sans qu'on puisse y trouver aucun rapport. Ils répètent sans nécessité les mêmes questions, souvent oiseuses, ils en oublient d'importantes, de majeures; ils confondent les objets les plus disparates, et séparent les plus analogues, et pour comble de malheur, ne rencontrent qu'obscurité, ne parviennent que par hasard à un

diagnostic juste, et à des indications curatives rationnelles. Tous ces désavantages sont le résultat du défaut d'ordre, de méthode.

Quant à la manière de tracer le tableau d'une maladie, comme elle a le plus grand rapport avec celle d'explorer le malade, elle se ressent des vices que nous venons de signaler.

Frappé de ces graves inconvénients, nous avons depuis long-temps fixé notre attention sur cette matière, et dès 1814 nous en avions fait le sujet d'un mémoire inédit jusqu'à ce jour, qui reçut alors l'approbation de M. le professeur Pinel; nous en extrairons les principales idées.

Ce que l'on fait d'abord, et pour ainsi dire malgré soi, lorsqu'on approche d'un malade, c'est d'examiner son état extérieur. Sa physionomie attire l'attention la première; par ce premier coup d'œil, en quelque sorte involontaire, on prend une idée de l'âge du malade, de sa force, de l'état de son moral, etc., circonstances de la plus haute importance pour établir surtout son pronostic, et tirer ses indications thérapeutiques. Quelques médecins prétendent aussi que cet examen conduit à la connaissance de la maladie, prétention qui nous paraît exagérée. Cette première exploration ne doit pas se borner à la tête; le médecin doit porter un regard attentif sur toutes les régions du corps. C'est alors seulement que l'observateur peut porter un jugement sur la stature, la configuration du corps,

son volume, sa couleur, ses éruptions, sa consistance, ses difformités, les cicatrices qui le couvrent, etc.; qu'il peut se former une idée juste de la force du sujet par le développement de ses membres et de ses cavités, etc. Malheureusement cet examen si utile ne peut avoir lieu que dans un petit nombre de cas. Dans les hôpitaux, on ne peut le faire que sur des hommes, la décence s'oppose à ce qu'on y soumette les femmes, et dans le monde il n'est guère praticable dans aucun cas. Cependant on ne peut se dispenser d'examiner au moins la partie douloureuse, sous peine de commettre de graves erreurs. Quelques exemples feront mieux comprendre l'utilité de l'investigation que nous recommandons. Une femme âgée, d'une intelligence bornée, était entrée à l'infirmerie de notre hospice pour y recevoir nos soins; elle se plaignait d'une douleur très vive à l'abdomen, vers la fosse iliaque gauche. La face était animée, la peau chaude, halitueuse; le pouls fort, fréquent; la langue sèche, la soif assez vive; d'ailleurs, fonctions digestives dans l'état naturel. Peu ou point de changements dans les autres fonctions organiques ou animales. La douleur abdominale était très sensible à la pression, et par les mouvements. Voici quel fut notre diagnostic. Les phénomènes de réaction (la force du pouls, la coloration du visage, la soif, etc.) annoncent un état aigu assez prononcé, vraisemblablement inflammatoire; les signes locaux annon-

cent que l'abdomen est le siége de la maladie ; mais les fonctions digestives sont dans l'état normal, ce n'est donc pas dans les organes digestifs que l'inflammation a son siége ; la pression la plus légère est douloureuse, donc la maladie est superficielle ; les mouvements sont douloureux, donc les organes des mouvements sont affectés : *ce sont les muscles des parois abdominales qui doivent être malades*, bien que, chez les vieillards surtout, les rhumatismes ne donnent pas lieu à des phénomènes généraux si développés. Satisfait de ce raisonnement, nous nous éloignâmes de la malade après avoir fait une prescription, qui consistait dans une infusion légère de bourrache, un lavement, la diète et le repos, lorsqu'un élève, ayant soulevé la chemise, vint nous prévenir qu'*il existait un zona*. Cette leçon nous fit sentir plus que jamais la nécessité d'*appliquer nos sens, les seuls moyens d'une instruction positive*. La méprise n'était pas grave, la prescription convenait également, nous la laissâmes ; mais le fait ne fut pas perdu pour nous.

Depuis lors, dans tous nos cours de clinique, le hasard a voulu que nous ayons pu mettre cette leçon en action. Des malades portant des éruptions analogues se sont offerts à notre observation ; nous les avons fait interroger publiquement par de jeunes médecins fort instruits, très attentifs, et, qui plus est, prévenus qu'on leur faisait des questions insidieuses. Chaque fois ils ont interrogé les

malades, en négligeant de *regarder* l'endroit douloureux, et chaque fois le diagnostic a été erroné comme il devait l'être en effet.

Une malade ayant fait une chute sur le pommeau d'une chaise, éprouvait une douleur dans la région latérale, moyenne, gauche du thorax; il existait de la toux très douloureuse, de l'expectoration, des crachats sanguinolents; des phénomènes de réaction très prononcés. La douleur était très vive au toucher. Un des élèves les plus instruits, les plus exercés, les plus attentifs, fut chargé d'examiner la malade; voici quel fut son diagnostic :

La toux, le crachement de sang, ne permettent pas de penser que la maladie ait un autre siége que les organes respiratoires, et vraisemblablement le poumon; la douleur de côté, très vive et par la pression, et par les actes respiratoires, pourrait bien être dans les parois thoraciques; mais la force, la fréquence du pouls, la coloration de la face, la chaleur de la peau, la soif, indiquent une lésion plus profonde (la percussion n'avait pu être pratiquée, à cause de la vivacité de la douleur; le cylindre faisait entendre le râle crépitant) : je crois qu'il existe une *pleuro-pneumonie*. C'était assurément raisonner dans les principes les plus justes, les plus sévères de l'art du diagnostic : eh bien! *il existait une fracture de côtes.* Assurément l'examen attentif du lieu malade aurait suffi pour faire évi-

ter cette erreur, qui, étant arrivée publiquement, servit de leçon et à l'observateur et aux assistants. Examiner l'état extérieur du malade, et surtout les parties souffrantes, est donc une source féconde de résultats utiles.

Parvenir le plus promptement et le plus sûrement possible à la connaissance de la maladie et à celle des indications curatives, tel est le but qu'on se propose en examinant un malade. Il est des médecins qui procèdent longuement à cette interrogation. Dans quelques cas bien rares, cette méthode peut avoir de l'avantage. Les gens du monde aiment beaucoup que l'on s'occupe d'eux; ils aiment à entretenir leur médecin des moindres circonstances de leur constitution, de leurs maladies antécédentes, de leur manière de vivre, etc. Le médecin, en écoutant avec complaisance ces détails surabondants, en les sollicitant même, attire la confiance de son malade, fait naître l'espoir qu'il pourra le guérir, et produit par cela même une disposition cérébrale favorable à la résolution de la maladie; car le cerveau, comme nous l'avons dit souvent, tenant sous sa dépendance médiate ou immédiate tous les autres organes de l'économie, on concevra sans peine que sa disposition, bonne ou mauvaise, exercera sur eux une influence salutaire ou nuisible. Mais combien n'est-il pas de circonstances où une semblable manière d'interroger peut entraîner des

suites fâcheuses? Dans toutes les maladies des organes respiratoires, par exemple, telles que l'hémoptysie, la péripneumonie, la pleurésie, le catarrhe, la phthisie, n'est-il pas très dangereux de forcer le malade à parler long-temps? Si vous exercez ainsi un organe souffrant, la maladie n'en sera-t-elle pas exaspérée? Le crachement de sang ne deviendra-t-il pas plus abondant? S'il cesse, ne recommencera-t-il pas? L'inflammation du tissu du poumon, celle de la plèvre, celle de la membrane muqueuse, ne seront-elles pas portées à un plus haut degré d'intensité? Et dans ces cas l'homme de l'art, dont le ministère est de soulager, de diminuer les douleurs, de guérir en un mot, ne deviendra-t-il pas lui-même une déplorable cause de douleur et de mort? Ce que nous disons des affections thoraciques s'applique tout aussi rigoureusement à la plupart des maladies du cerveau. Là, en multipliant vos questions vous agissez directement sur l'organe qui souffre. Il est donc très important, dans la majorité des cas, de faire le moins de questions qu'il est possible, et d'arriver le plus promptement que l'on peut à la connaissance précise de la maladie.

La première question que l'on doit adresser à un malade est celle-ci : *Où avez-vous mal?* Cette question, qui paraît si simple d'abord, est cependant encore la meilleure après y avoir long-temps réfléchi. Les malades ont la plus grande tendance

à donner leurs opinions sur leurs maladies. L'un vous dira qu'il a les nerfs malades, l'autre que la bile le tourmente ; celui-ci le sang, celui-là les humeurs ; les femmes, qu'elles ont un lait répandu, et autres niaiseries de la même espèce. On ne manquerait pas d'obtenir l'une de ces réponses, si, au lieu de poser la question ainsi que nous le conseillons, on demandait : *Qu'avez-vous ?* On sent bien que si le malade répond, *J'ai mal aux nerfs*, etc., vous ne serez guère plus avancé qu'avant la question ; en demandant au contraire au malade où il a mal, il est rare qu'il n'indique pas la fonction et l'organe malades, ce qui est déjà un grand pas fait vers la connaissance de la maladie. Malgré la précision de cette question, il est souvent fort difficile d'empêcher les malades de divaguer et de débiter leurs rêveries. Quelquefois aussi ils prennent un organe pour un autre ; ils accusent un mal d'estomac, lorsque c'est la poitrine qui souffre, etc. Il est important, pour éviter toute méprise, de leur faire appliquer la main sur l'endroit de la douleur. Après cette première question, il en est une autre non moins avantageuse ; elle abrège prodigieusement le travail qu'il faut faire pour discerner la maladie qu'on cherche à reconnaître. Cette question est éminemment analytique : *Depuis combien de temps êtes-vous malade?* Les maladies, ainsi que nous aurons occasion de

le dire, sont aiguës ou chroniques, c'est-à-dire durent peu ou long-temps.

Si l'on apprend que la maladie est récente, on ne devra plus fixer son attention que sur les maladies aiguës ; on mettra de côté toutes les maladies chroniques qui frappent le même organe. Prenons un exemple. Les maladies aiguës du cerveau sont la congestion, l'inflammation des méninges, celle de la substance cérébrale, l'hémorrhagie, le ramollissement ; ses maladies chroniques sont : les tubercules, le cancer, les acéphalocystes, les tumeurs osseuses des parois du crâne, les fongus de la dure-mère, les affections générales de cet organe, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, etc. Eh bien ! si la maladie n'existe que depuis peu de jours, on conclura qu'elle est aiguë, et l'on mettra sur-le-champ de côté toutes celles que nous venons d'énumérer en dernier lieu. On n'aura plus à s'en occuper ; il ne restera plus à examiner que quatre ou cinq affections, la congestion, la méningite, l'encéphalite, l'apoplexie, etc., dont il ne sera pas difficile de reconnaître les signes différentiels. Si la maladie dure depuis long-temps, laissant alors à part les affections aiguës, il ne restera plus à s'occuper que des affections chroniques, le tubercule, le cancer, le fongus, etc., dont on cherchera les différences. On voit par ce que nous venons de dire que

cette question n'est guère moins utile que la première.

Maintenant, lorsqu'on connaît quelle est la fonction lésée, on doit en poursuivre l'examen jusqu'à ce que l'on ait passé en revue tous les phénomènes morbides qu'elle peut présenter. Lorsque cet examen est achevé, vous passez à la fonction ou à l'organe qui exerce sur celui qu'on vient d'explorer ou qui reçoit de lui l'influence la plus marquée; on doit apporter dans cette recherche le même soin, la même attention que pour la précédente. Enfin on passe tour à tour en revue, sans rien omettre, tous les organes, toutes les fonctions à peu près dans l'ordre que nous les avons exposés dans la symptomatologie. Il s'en faut de beaucoup que ce précepte puisse être impunément négligé. D'abord on acquiert par ce moyen la connaissance précieuse des phénomènes sympathiques. Lorsqu'un organe est profondément affecté, il réagit sur les autres organes, en trouble l'action et quelquefois la texture; comment reconnaîtra-t-on ces altérations consécutives, si l'on n'examine tous les organes et toutes les fonctions?

En second lieu, par ce moyen on parvient à reconnaître les maladies concomitantes.

Il arrive souvent qu'il existe chez un même individu plusieurs maladies. A l'interrogation, il indique l'une de ces maladies; si le médecin se contente du diagnostic de cette première affection, il

méconnaîtra complètement les autres, et pourra traiter son malade de la manière la plus nuisible ; et si la mort enlève cet infortuné, il reconnaîtra, mais trop tard, son erreur funeste. Ce que nous supposons ici n'arrive par malheur que trop souvent. Satisfait d'avoir reconnu une maladie, on ne pense pas, on ne peut s'imaginer qu'il puisse en exister d'autres. Nous ne croyons donc pas pouvoir insister trop sur ce précepte, qu'il faut examiner tour à tour, avec l'attention la plus soutenue, la plus scrupuleuse, toutes les fonctions et tous les organes de l'économie animale.

Lorsqu'on a de la sorte exploré le malade, on doit chercher à reconnaître l'état des divers organes renfermés dans ses cavités; pour cela on doit percuter, *ausculter* la poitrine, palper l'abdomen, etc.

La percussion du thorax s'exécute de la manière suivante. Le malade doit être assis, et présenter avec le plus de saillie qu'il peut la partie du thorax que l'on doit percuter; si l'on percute le dos, la tête doit être penchée, l'épine courbée, les bras portés en avant; dans cette attitude, le dos offre le plus grand développement possible, et les muscles qui le recouvrent ne forment qu'une couche très mince; si l'on percute le côté, les bras seront alternativement portés sur la tête, le corps incliné successivement du côté opposé à celui qu'on explore. Pour la partie antérieure, il est plus avantageux

que le malade soit couché, les bras écartés du torse. Il est inutile de dire qu'il ne doit conserver que le moins de vêtements possible.

Le médecin, après avoir réuni ses doigts en forme de cône, ou après les avoir fléchis sans les réunir, frappe successivement les diverses régions du thorax, en ayant soin de ne comparer entre elles que les parties correspondantes des deux côtés, et de frapper ces parties sous un angle égal; de ne pas comparer le son que rend la percussion exercée sur des intervalles intercostaux avec celui qu'on obtient de la percussion sur les côtes; de proportionner la force de la percussion à l'épaisseur des parois thoraciques, et surtout au degré de sensibilité du malade. Il est des cas où la douleur est telle, qu'on doit toujours s'abstenir de ce mode d'exploration.

Lorsqu'on percute de la sorte la poitrine d'un homme sain, on obtient un son qu'on peut comparer à celui d'un tambour couvert d'un drap épais. Cette résonnance est surtout sensible aux parties antérieures, supérieures et latérales du thorax; elle l'est moins dans le dos, sur les omoplates, dans la région du cœur, et dans celle du foie. Dans quelques maladies thoraciques, ce résonnement, qui dépend de la présence de l'air dans les cellules pulmonaires, cesse, et quelquefois augmente. Dans le premier cas, l'on obtient un son mat, que les auteurs ont comparé à celui que donnerait la percussion de la cuisse; alors on doit conclure: 1° que

l'air ne pénètre plus dans le tissu du poumon; 2° qu'une tumeur ou du liquide se sont interposés entre le poumon et les parois de la poitrine. Si, en faisant changer le malade de position, le son mat paraît changer de place et occuper la partie la plus déclive, et le son clair la partie la plus élevée, on pourra en tirer la conséquence que la cause de la matité est un corps fluide.

La percussion est un de nos moyens explorateurs les plus sûrs et les plus avantageux; il est rare qu'il induise en erreur ceux qui l'exercent avec habileté; mais il faut se garder de prononcer sur une différence trop peu marquée: pour que le signe soit d'une grande valeur, il faut que les oreilles les moins exercées puissent reconnaître la différence des sons rendus par les deux côtés du thorax, et cela a lieu dans un grand nombre de cas.

Quant à l'augmentation de la résonnance, elle dépend de ce que la cavité thoracique contient plus d'air que dans l'état naturel: nous aurons occasion de revenir sur ce sujet. Nous devons nous borner à dire dans ce moment que ce phénomène peut donner lieu à une erreur singulière; il peut faire croire que le côté qui résonne le mieux est le côté sain, et que celui qui résonne le moins est le côté malade, ce qui serait l'inverse de la réalité.

Mais si la percussion est un moyen si utile, il s'en faut de beaucoup qu'il soit sans inconvénients. D'abord, il force à donner au malade une position

très fatigante, laquelle peut, par les efforts qu'elle exige de la part du malade, exaspérer les accidents; en second lieu, les affections aiguës de la poitrine, pour lesquelles on la pratique surtout, arrivant en général dans la saison froide de l'année, il est à craindre que l'impression de l'air sur la poitrine presque à nu du malade n'agisse encore dans le sens de la cause, et n'augmente la maladie. Enfin, on doit redouter le même danger de l'acte lui-même, puisqu'en frappant sur une région si voisine du mal, il est impossible que la partie souffrante n'en reçoive pas quelque ébranlement fâcheux. Ces inconvénients sont tels, qu'ils balancent, pour ainsi dire, les avantages de ce procédé; du moins pensons-nous qu'on ne doit en faire usage que le plus rarement possible, et seulement lorsque le diagnostic est obscur, et que les lumières qui peuvent en résulter peuvent fournir quelques indications importantes. Toutes les fois que le diagnostic est assez clair, on doit s'en abstenir.

L'auscultation médiate donne, comme nous l'avons vu, la connaissance d'un assez grand nombre de phénomènes utiles au diagnostic; ce mode de recherche est aujourd'hui assez généralement employé pour que nous nous croyions dispensés de décrire le cylindre au moyen duquel on le pratique. On applique exactement l'une des extrémités de cet instrument sur le point du thorax qu'on veut examiner, et l'oreille sur l'extrémité opposée. Si

c'est la partie antérieure qu'on veut explorer, on fait coucher le malade sur le dos. On le fait coucher sur le côté gauche pour examiner le côté droit, et réciproquement; on le fait asseoir et pencher en avant pour observer le dos, etc.; enfin on lui fait prendre la position la plus commode pour lui, et la plus avantageuse pour l'observateur.

Au moyen de l'auscultation on explore, ainsi que nous avons dit, la voix, la respiration, le râle et la circulation. Pour examiner la respiration on se sert du cylindre après lui avoir ôté son embout mobile. La voix, le râle, la circulation, s'explorent avec le cylindre plein : pour obtenir certains bruits fournis par cette dernière, il est quelquefois nécessaire de recueillir les sons par l'instrument évasé à son extrémité.

Depuis l'invention de cet instrument, quelques imitateurs serviles l'ont employé à la recherche d'autres phénomènes physiologiques ou pathologiques ; mais ces flatteries, plus utiles qu'honorables pour leurs auteurs, ont été peu profitables à l'art.

Après avoir parlé de la manière d'opérer la percussion et l'auscultation, nous devons nous arrêter un moment sur celle d'explorer la circulation artérielle, de *tâter le pouls*, comme on le dit en langage vulgaire.

L'arrivée du médecin auprès du malade fait naître ordinairement chez ce dernier une certaine émotion, soit de crainte, soit d'espérance, soit toute

autre, qui accélère la circulation. On doit attendre que cet état soit calmé; pour cela, on exige un repos et un silence rigoureux.

Partout où les artères d'un certain volume sont superficielles, on peut tâter le pouls. Il est quelquefois utile de le tâter dans plusieurs endroits du corps, afin de comparer entre elles les pulsations de différentes artères. On peut tâter le pouls aux artères temporales, aux carotides, aux axillaires, aux brachiales, aux radiales; c'est ordinairement sur ces dernières qu'on fait cet examen. Les artères crurales et pédieuses peuvent être soumises aux mêmes recherches.

Après s'être assuré qu'aucun lien ne gêne le cours du sang, le malade étant couché sur le dos, on fait placer l'avant-bras dans une pronation presque complète ; on applique ensuite la pulpe des quatre doigts de la main sur le trajet de l'artère, de manière à ce que le doigt auriculaire soit tourné du côté du coude du malade, et l'indicateur du côté de sa main, c'est-à-dire qu'on doit tâter le pouls du côté gauche avec la main droite, et réciproquement. Si le malade est levé, on le fait asseoir, et l'on appuie sa main sur un point quelconque, à peu près dans la position que nous venons de décrire.

Les doigts de l'observateur ainsi disposés, il leur donne un point d'appui en appliquant la paume de la main sur la face postérieure de l'a-

vant-bras, ou simplement le pouce. On exerce ensuite diverses pressions pour reconnaître les différents degrés de résistance du pouls, etc.; enfin, on opère tous les tâtonnements qu'exige cette espèce d'investigation.

L'exploration de l'abdomen par le palper mérite toute l'attention du médecin, et lui procure les signes les plus précieux. On fait coucher le malade en supination, la tête penchée sur le thorax, au moyen d'oreillers qui la soutiennent; les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les genoux écartés l'un de l'autre; les bras doivent être étendus sur les côtés du tronc; dans cette position les muscles des parois abdominales se trouvent dans le plus grand relâchement possible, et conséquemment dans la position la plus favorable pour qu'on puisse reconnaître l'état des viscères contenus dans l'abdomen.

Lorsqu'on explore ainsi le bas-ventre, il ne faut pas oublier qu'on a divisé arbitrairement cette capacité en plusieurs régions, à chacune desquelles correspondent des organes différents. Cette connaissance, qui constitue une branche de l'anatomie des rapports, est très utile au diagnostic: car, si l'on rencontre quelques phénomènes insolites en santé dans l'une de ces régions, on a beaucoup de probabilités pour attribuer ces phénomènes aux organes qui correspondent à cette région. Ces pro-

babilités se convertissent en certitude, si la fonction de l'un de ces organes est altérée d'une manière correspondante.

Supposons une ligne qui circonscrive le tronc en passant à la base de la poitrine, à la hauteur de l'appendice xyphoïde; une seconde ligne passant sous les fausses côtes; une troisième passant sur la crête des os des îles; une quatrième au niveau du pubis. Nous aurons trois bandes horizontales d'environ trois ou quatre pouces chacune. Maintenant séparons en trois parties verticales, à peu près égales, le plan antérieur de l'abdomen, par quatre lignes tombant perpendiculairement sur les premières. Chacune des bandes horizontales se trouvera divisée en trois parties : la plus élevée comprendra, vers son milieu, la région épigastrique, et sur ses côtés les hypochondres; la moyenne comprendra, vers son milieu, la région ombilicale, et sur ses côtés, les flancs; l'inférieure comprendra enfin, vers son milieu, la région hypogastrique, et sur ses côtés, les régions iliaques. L'anatomie nous apprend quels sont les organes qui correspondent à ces régions.

Maintenant nous savons que l'estomac occupe la région épigastrique, et s'étend un peu vers les deux hypochondres; si donc nous trouvons une tumeur dans cette région, nous avons de fortes probabilités pour croire que c'est l'estomac qui est le siége de cette tumeur; mais si nous apprenons

en même temps que les fonctions de ce viscère sont troublées, nous avons la presque certitude que la tumeur que nous sentons a son siége dans cet organe.

Il est cependant des cas fort extraordinaires de déplacement des viscères, et dont il est bon d'être prévenu. Il peut se faire que certains organes soient entraînés fort loin de leur siége accoutumé. Nous avons trouvé une fois l'extrémité pylorique de l'estomac dans la *fosse iliaque gauche.*

Lorsqu'on a fait placer le malade dans la position que nous venons de décrire tout à l'heure, on appuie les mains graduellement d'abord, ensuite avec plus de promptitude, selon la nécessité, sur toutes les parties de l'abdomen. On s'informe ainsi du degré de sensibilité de chacune de ces parties, de leur souplesse, de leur tension, de leur volume, des tumeurs qu'elles peuvent offrir. Tous ces symptômes sont de la plus haute importance pour le diagnostic ; mais il n'en est aucun qui puisse entrer en comparaison avec les tumeurs pour les lumières qu'on en retire. Il faut avoir soin d'examiner le siége, la forme, le volume, la consistance, le degré de sensibilité de ces tumeurs; remarquer si elles sont mobiles ou adhérentes, passagères ou persistantes, pulsatives ou non pulsatives. Chacune de ces qualités annonce des altérations différentes. Le siége indique l'organe ; la forme et le volume indiquent le degré d'altéra-

tion; la consistance fait connaître si la tumeur est formée par des gaz, par des liquides, ou par des corps solides; la douleur peut faire reconnaître la nature de la tumeur, et le travail que la nature y développe; sa mobilité peut faire espérer qu'elle est due à des matières contenues dans les intestins; enfin, si elle est passagère, ou elle est formée par une hernie, ou par des matières qui peuvent disparaître; si elle est évidemment pulsative, elle a son siége dans les organes de la circulation, etc. On voit déjà combien ces données sont précieuses.

Lorsque le ventre est considérablement augmenté de volume, qu'on soupçonne qu'il est distendu par du liquide ou par des gaz, on le percute d'une manière particulière. Dans le premier cas, on donne un coup sûr sur l'un des côtés, tandis qu'on applique l'autre main sur le côté opposé; on sent alors une espèce de colonne de liquide qui vient frapper sur cette dernière; on donne à ce phénomène le nom de fluctuation. Si ce sont des gaz qui occasionent cette distension, en frappant un coup sec, en donnant une *chiquenaude*, on obtient ordinairement un son clair, comme pourrait le rendre un tambour.

On a encore appliqué la pression abdominale à la recherche des maladies de la poitrine. Cette idée de Bichat a été étendue par M. Roux, son élève, dans un mémoire publié en 1809.

Bichat pensait que, puisque la distension de l'estomac augmentait la gêne de la respiration chez les anévrysmatiques, chez les gens atteints d'hydrothorax, d'hydropéricarde, etc., le refoulement du diaphragme, par une pression rapide sur les parois abdominales, opéré de bas en haut sur les hypochondres ou sur l'épigastre, pourrait fournir quelques lumières sur le diagnostic des maladies thoraciques.

Il observa que cette pression, dans la pneumonie, produisait une toux involontaire, une gêne profonde, de l'étouffement ; que dans la pleurésie au contraire, on n'observait aucun de ces phénomènes.

Dans l'épanchement de la poitrine, il observa la même gêne dans la respiration, la même suffocation, la même toux.

Dans l'hydropéricarde, maladie d'un diagnostic si difficile, il prétendit que la pression exercée sur l'épigastre déterminait l'étouffement, des palpitations subites, l'agitation du pouls, et quelquefois une syncope menaçante : que dans les cas d'anévrysme du cœur, l'étouffement augmentait ; que les contractions du cœur devenaient plus fortes ; la lividité des lèvres et des autres parties devenait plus sensible, et le malaise était porté au dernier point.

Aujourd'hui les méthodes d'exploration s'étant singulièrement perfectionnées, le moyen indiqué

par Bichat, est presque généralement abandonné; on pourrait cependant y avoir recours dans quelques circonstances.

Lorsque les phénomènes locaux occupent la bouche et l'arrière-bouche, il faut examiner ces parties. Pour cela on fait placer le malade de manière à recevoir directement dans ces cavités le plus de rayons lumineux qu'il est possible. On le fait asseoir devant une fenêtre, ou bien on dirige dans sa gorge une lumière artificielle. Il est des cas où l'on doit introduire le doigt dans cette partie, soit pour aller à la recherche des corps étrangers, soit pour explorer l'orifice du larynx tuméfié dans certaines affections.

On emploie pour examiner l'utérus et même les parois du rectum un instrument connu sous le nom de *speculum* et dont la forme varie. Ceux qui se dilatent graduellement doivent être préférés, comme s'introduisant sans douleur et avec facilité.

Il est quelques circonstances qui rendent l'examen du malade difficile. Dans l'enfance, par exemple, et principalement aux époques les plus voisines de la naissance, il est souvent très malaisé de parvenir à reconnaître la maladie qui existe. Les organes de relation n'étant encore pour ainsi dire qu'ébauchés, on se trouve entièrement privé des renseignements que dans d'autres époques de la vie le malade peut donner lui-même. De plus, la

sensibilité étant excessive, les phénomènes sympathiques sont très prononcés, et se confondent souvent d'une manière indéchiffrable avec les symptômes idiopathiques. Vers le déclin de la vie, des causes opposées amènent les mêmes effets. L'*usure* du cerveau ayant, ainsi que nous l'avons dit, singulièrement diminué les *propriétés* appelées *vitales*, un organe peut s'altérer, même profondément, sans que le malade en ait la conscience. Son insensibilité l'empêche de porter aucune plainte, et souvent à la mort on trouve les désordres les plus profonds sans qu'il ait été possible de les soupçonner pendant la vie ; c'est l'âge des maladies latentes. Ce défaut de sensibilité est aussi cause que les actes sympathiques sont presque nuls, de sorte que ces phénomènes qui, dans un autre âge, donnent lieu aux symptômes généraux de réaction, qui servent souvent à faire reconnaître la maladie qui les occasione, ou du moins à faire voir que l'individu est malade, ne peuvent être alors d'aucun secours pour le diagnostic; aussi faut-il saisir dans ce cas les nuances les plus fugitives dans les altérations des fonctions.

Si l'individu qu'on examine est privé de ses facultés intellectuelles, la difficulté de l'examen est encore plus grande que dans les circonstances précédentes; il en est de même lorsque le malade est dans le délire ou bien en perte de connaissance. La surdité complète est un obstacle assez grand à

l'interrogation d'un malade ; cet obstacle est plus grand encore si la cécité se joint à la surdité ; alors il est presque impossible de rien obtenir. Les gens qui, nés en pays étrangers, n'entendent pas la langue dans laquelle on les interroge, présentent les mêmes inconvénients. Lorsque nos désastres ramenèrent dans nos murs nos armées vaincues par les frimas, nous eûmes à donner nos soins à des gens de tous pays ; nous n'éprouvâmes pas de difficulté plus grande que de nous faire entendre des Bas-Bretons, plus étrangers à notre langue que les Tartares qui les poursuivaient ; ils n'entendaient pas un mot de français ; bien plus, leur intelligence était si bornée, du moins en apparence, qu'ils ne comprenaient même pas les gestes les plus simples, tandis que les habitants des pays les plus éloignés les saisissaient parfaitement. Nous fûmes obligé d'en former une salle particulière, dont nous confiâmes le soin à un médecin leur compatriote, M. Laennec, qui voulut bien s'en charger.

Quelques circonstances rendent encore le diagnostic difficile ; lorsqu'un organe est situé profondément, et surtout que ses fonctions sont peu connues, on ne peut aisément reconnaître la maladie. On peut en dire autant si la même région renferme un grand nombre d'organes. Si les phénomènes sympathiques sont nombreux, si la maladie est latente, si plusieurs maladies marchent concurremment, si la maladie qu'on observe ne l'a pas encore

été, etc.; on aura beaucoup de peine à porter son jugement. Les difficultés seront encore bien plus grandes si le malade simule ou dissimule sa maladie. Il existe cependant quelques moyens de reconnaître la supercherie.

Une multitude de causes peuvent engager un individu à feindre une maladie qu'il n'a pas; le désir d'attirer la pitié et les aumônes; celui de se soustraire aux charges que la société impose à ses membres, aux peines encourues pour un crime; celui de prolonger son séjour dans les hôpitaux: ces motifs et beaucoup d'autres portent à feindre des maladies. Les maladies peuvent être feintes de deux manières: dans l'une, l'imposteur accuse des symptômes qui n'existent pas du tout; dans l'autre, il provoque par divers moyens une maladie qui n'existait pas; dans ce dernier cas la fraude est plus difficile à découvrir.

Le médecin doué de sagacité possède encore un assez grand nombre de moyens pour reconnaître la fourberie. Après s'être assuré de la possibilité de simuler la maladie qu'il observe, et le degré de facilité de cette feinte, il faudra qu'il examine s'il existe des motifs assez puissants pour déterminer l'individu soupçonné à feindre cette maladie. Le degré d'intelligence de cet individu ne devra pas être négligé par le médecin. Il devra examiner si l'âge, le sexe, l'état extérieur, la constitution, le genre de vie, s'accordent avec la maladie simulée.

Mais c'est surtout dans l'art avec lequel le médecin dirige ses questions qu'il trouve le moyen de reconnaître la vérité; il est rare que le malade connaisse assez les symptômes de sa maladie pour qu'il ne se trompe pas dans ses réponses. On a soin de lui adresser des questions insidieuses; on lui demande s'il éprouve des accidents que ne comporte pas sa maladie; si celle-ci est réellement feinte, il est presque impossible que celui qui la simule ne fasse pas de réponses contradictoires, qu'il n'accuse pas des symptômes qui ne sauraient exister, qu'il n'oublie pas ceux qu'il aura accusés précédemment, etc.; on le fait remonter aux causes de son affection, et aux circonstances antécédentes, à l'effet des remèdes employés; c'est là surtout qu'on le voit s'embarrasser. On doit, dans tous les cas, employer une surveillance exacte et rigoureuse. Mais ce qui, selon nous, fournit le plus de lumières, c'est l'examen des fonctions qui ne sont pas soumises à l'influence de la volonté. Dans les maladies qui doivent avoir une influence sur la circulation (et il en est peu qui en soient exemptes), l'état du pouls pourra singulièrement aider à reconnaître la supercherie.

Enfin si tous ces moyens ne suffisent pas, on aura recours aux remèdes douloureux: on prescrira une diète sévère; l'application de sinapismes, de moxas, de cautères, de vésicatoires; on ordonnera pendant long-temps des remèdes dégoûtants; enfin on emploiera tous les moyens que la

sagacité pourra suggérer, car dans cette matière on ne saurait prévoir tous les cas, et l'improvisation doit beaucoup servir.

Des motifs d'amour-propre, de pudeur ou de honte, portent les malades à dissimuler leurs maux. Dans nos hospices, le désir d'avoir des aliments est la cause la plus commune de cette espèce de dissimulation. Dans le monde, cette dissimulation conduit à de fréquentes erreurs. Il est en effet presque impossible de découvrir une maladie qu'on nous cache. Il n'en est pas de même dans les hôpitaux, les malades étant soumis entièrement à l'examen du médecin, il est difficile qu'avec une attention soutenue celui-ci ne découvre pas l'imposture. Il emploiera pour y parvenir des moyens analogues à ceux que nous avons indiqués pour les maladies simulées.

Lorsqu'un malade présente quelques uns des obstacles à l'investigation que nous venons de signaler, le médecin se trouve réduit à la simple application de ses sens ; mais alors il doit redoubler d'attention pour en obtenir toutes les lumières possibles. Les rapports des personnes qui approchent le malade seront, dans ce cas, bien plus précieux que dans les circonstances ordinaires ; non qu'on doive y ajouter plus de foi, car ils ne seront ni plus ni moins véridiques, mais ils seront les seuls qu'on pourra recueillir. La médecine devient alors une espèce d'hippiatrique, s'il est per-

mis de s'exprimer ainsi. Si le malade n'est point aveugle, on poura encore s'aider des gestes, des signes. Un geste imitant le vomissement lui fera comprendre en général qu'on lui demande s'il a envie de vomir. En appliquant la main sur une région, il est difficile qu'il n'entende pas qu'on veut lui demander s'il souffre dans cette partie, etc.; enfin, on emploiera tous les moyens que la sagacité inspirera pour avoir le plus de renseignements possibles. Si, par hasard, on ne pouvait en obtenir aucun, l'application attentive des sens pourrait encore suffire dans la plupart des cas.

En effet, la vue nous fera connaître d'abord tous les phénomènes offerts par l'habitude extérieure du corps. Le toucher nous instruira de la température, de la consistance, du degré de sensibilité de la plupart des parties superficielles et profondes, de l'état de la circulation; l'ouïe, de la résonnance, et généralement de tous les bruits qui se font entendre, soit au moyen de la percussion, soit par le cylindre acoustique, soit naturellement, etc. On voit déjà qu'il n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire d'abord de reconnaître, dans les cas supposés, quelle est la maladie qui existe.

Posons un exemple :

Un individu nous est offert dans un état de perte complète de connaissance; il nous est entièrement impossible d'en tirer aucun renseignement. Nous apprenons seulement des parents ou des personnes

qui l'entourent qu'il jouissait d'une santé parfaite, et que l'accident est survenu tout-à-coup. N'ayant pas d'autres éclaircissements, nous appelons nos sens et notre raison à notre secours. Les premiers nous apprennent que l'individu peut avoir une soixantaine d'années environ; qu'il est fortement constitué; que ses cavités sont larges, ses membres développés; que la face est rouge, colorée; que les yeux sont saillants; que les artères temporales et carotides battent avec force; que les lèvres sont repoussées à chaque expiration; que la salive sort en écume; que les extrémités sont froides; qu'un côté du corps est immobile; que le pouls est fort et dur; que le malade a vomi; qu'il a eu des déjections involontaires; que la respiration est gênée et stertoreuse. Qu'ai-je à faire ici du rapport du malade, ne vois-je par sur-le-champ quelle est la maladie, sa nature, son siége, son étendue, et les indications thérapeutiques qu'elle présente? Raisonnons. Il y a perte complète de connaissance. Quelles sont les maladies qui donnent lieu à la perte de connaissance? Ce sont les maladies du cœur, du poumon et du cerveau. Est-ce le cœur? Non, car le malade se portait bien avant l'accident, et la circulation n'était pas troublée. Est-ce une syncope? Non, car la face est colorée, le pouls est fort, développé? Est-ce une asphyxie? Non, la respiration et la circulation existent encore, et il n'y a pas eu de cause asphyxiante. C'est donc dans le cerveau. Nous voici déjà arrivés

à placer la maladie dans le cerveau ; mais les maladies de cet organe sont nombreuses. Sera-ce une maladie chronique ? Non, car le malade se portait bien naguère. Nous voilà débarrassé, d'un seul trait, de la moitié des affections cérébrales. Reste maintenant à examiner l'arachnitis, la congestion cérébrale, le ramollissement et l'hémorrhagie. Est-ce une congestion ? Non, car la congestion est une maladie générale ; et ici il y a des phénomènes locaux. Est-ce une arachnitis ? Pas davantage pour la même raison d'abord, et ce n'est pas là la marche d'une inflammation des méninges. Ce ne peut donc être qu'un ramollissement ou un épanchement ; mais le ramollissement, qui produit aussi l'hémiplégie, se développe avec lenteur, et ici la maladie est survenue tout-à-coup ; l'hémorrhagie seule se montre avec cette instantanéité : donc c'est une hémorrhagie cérébrale, une apoplexie ; et l'on peut ajouter qu'il est impossible que ce soit autre chose. Maintenant précisons davantage encore. L'hémiplégie est du côté gauche du corps ; donc l'hémorrhagie occupe le lobe droit du cerveau. L'hémiplégie est complète, donc l'hémorrhagie occupe le lobe depuis la partie antérieure jusqu'à la partie postérieure ; ainsi nous voilà parvenus par la seule application des sens, et par le raisonnement, à reconnaître la nature, l'espèce, le siége, l'étendue de la maladie que nous avons sous les yeux, et cela avec une certitude presque mathématique. Qu'aurions-nous obtenu

davantage du rapport du malade? Maintenant nous pouvons tirer les indications du traitement du diagnostic que nous venons de porter, et de la force du sujet, du développement du pouls, etc. N'est-ce pas une chose en quelque sorte merveilleuse, et bien consolante pour l'humanité, qu'on puisse parvenir à un degré de certitude aussi grand, et cela par le seul moyen des sens et de la raison!

Après avoir examiné le malade, ainsi que nous venons de dire, il reste à remonter aux circonstances antécédentes qui ont pu agir comme causes, ou qui peuvent fournir quelques données utiles au traitement.

On s'informera à quelle cause le malade attribue sa maladie; si cette maladie est héréditaire ou acquise; si elle se montre pour la première fois ou si elle s'est déjà manifestée: dans ce dernier cas, quels sont les remèdes mis en usage, et quels effets ont produit ces remèdes. Enfin, on devra fixer son attention sur l'âge, le sexe, la constitution, l'idiosyncrasie, les habitudes, la profession du malade. C'est ce qu'on nomme commémoratif.

Il est difficile qu'après une semblable investigation on ne sache parfaitement à quoi s'en tenir sur une maladie. Cependant il est encore des cas obscurs qui se dérobent à toute recherche, et qui exigent qu'on examine le malade à plusieurs reprises avant de pouvoir être reconnus.

Les maladies ne présentent pas le même aspect

à tous les moments du jour ; pour en avoir une idée juste, il ne suffit pas d'observer le malade une fois, le matin ou le soir, mais on doit l'examiner le matin et le soir, et quelquefois même vers le milieu du jour. Il est superflu de dire qu'on ne peut se dispenser de continuer cet examen tous les jours jusqu'à la terminaison de la maladie.

Lorsque la maladie se termine par la mort, le rôle de l'observateur n'est pas fini. Voici le moment où la nature va porter la certitude dans les jugements du médecin. Elle va donner un démenti formel à son diagnostic, s'il s'est mépris ; elle va le confirmer hautement, s'il a découvert la vérité. Les ignorants et les esprits systématiques redoutent également cette épreuve. Les premiers, parcequ'ils se trompent sans cesse ; les seconds, parceque la nature peu complaisante ne se prête point à leurs vains systèmes, et les détruit sans retour en manifestant leur fausseté. Les bons esprits la désirent avec ardeur, comme portant le flambeau de la certitude dans les observations médicales. Eh ! qu'importe à l'homme enthousiaste de son art, ami sincère du bonheur des hommes, qu'importe qu'il se soit mépris ! n'est-il pas homme ? ne doit-il pas se tromper ? Mais trouver un moyen de reconnaître son erreur, de la rectifier, de l'éviter dans un cas semblable ; établir d'une manière incontestable la valeur d'un signe diagnostique ; entrevoir la possibilité d'apporter la certitude dans la

pratique de la médecine, et d'élever cette science si belle au-dessus de toutes les sciences humaines, voilà ce qui doit satisfaire le médecin philosophe, et voilà ce qu'il doit attendre des ouvertures du corps! Nous l'avons dit, et, malgré les railleries amères de la médiocrité, il n'y a de certitude que dans les ouvertures de corps; une observation n'est complète, n'est concluante que lorsqu'elle a reçu le sceau de cette épreuve.

L'investigation cadavérique exige les mêmes soins, la même attention que l'examen du malade; elle doit être même d'autant plus scrupuleuse que les organes une fois détruits, il n'y a plus moyen d'y revenir.

Nous devons le dire, nous sommes en France beaucoup trop riches en matériaux d'instruction. Nous n'apprécions pas assez l'avantage immense des recherches cadavériques; cette abondance de biens nuit à nos travaux. Nous les faisons avec tiédeur, avec nonchalance, et nous sommes loin d'en tirer tout le fruit que nous devrions. Voyez les étrangers privés de ces ressources précieuses, quels regards avides ils portent dans cette investigation! quelle attention, quels soins, quelle minutie! rien n'échappe à leur observation. Croyez-vous que Morgagni eût un grand nombre de sujets à sa disposition? Non sans doute, mais il tirait de ceux qu'il pouvait avoir tout le parti possible. Il n'oubliait aucun organe; il examinait tout de ses pro-

pres yeux; aussi quel recueil précieux de faits ne nous a-t-il pas laissé!

Chez nous, lorsque nous avons examiné l'organe malade et jeté négligemment nos regards sur les organes voisins, nous nous en allons satisfaits de cet examen. Mais comment espère-t-on faire faire quelques pas à la science avec une semblable incurie? ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder.

S'il convient de commencer l'exploration d'un malade par l'état extérieur, ce précepte est bien plus rigoureux encore pour l'autopsie cadavérique. Le volume, la forme, la couleur, la température même, la consistance, et souvent la position du corps devront être notés exactement. L'expression de la face, les plaies, les contusions, les ligatures, les ecchymoses, les excoriations, etc., et même les circonstances accessoires des vêtements, dans les cas de jurisprudence médicale, ne devront pas être négligées.

M. Chomel a donné le conseil de commencer l'ouverture du corps par l'abdomen. En effet, si cette cavité renferme quelques liquides, on en appréciera facilement la quantité et les qualités diverses; si la poitrine en contient aussi, on pourra juger leur abondance par la saillie que forme le diaphragme dans l'abdomen. L'examen achevé, on évacue facilement les fluides contenus dans le ventre. Si l'on commençait au contraire par la poitrine,

les liquides s'épancheraient dans l'abdomen par les communications que l'ouverture ne manque pas d'établir ; il deviendrait difficile d'en bien apprécier les caractères.

Il existe, au moins pendant une longue partie de l'année, un inconvénient assez grave qui nous engage à négliger ces préceptes, pour commencer l'ouverture du corps par la tête. L'examen du cerveau, lorsqu'on veut le faire avec soin, exige beaucoup de temps; hé bien, si vous avez commencé la nécrotomie par les cavités abdominales et thoraciques, vous respirez pendant tout ce temps l'odeur infecte des cavités splanchniques, ce qui ne mériterait aucune considération si cette odeur n'était que désagréable, mais ce qui en mérite parcequ'elle peut devenir funeste aux observateurs.

Toutes les personnes qui se livrent avec quelque suite aux recherches cadavériques font des vœux pour la découverte d'un moyen avantageux d'ouvrir le crâne. Tous ceux qu'on possède jusqu'à présent sont plus ou moins défectueux ; tous secouent ou déchirent plus ou moins le cerveau et ses enveloppes, et exposent par conséquent à trouver des altérations qui n'existent pas, ou à méconnaître celles qui existent. M. Amussat, à qui plusieurs points de chirurgie doivent des améliorations injustement contestées (1), M. Amussat, frappé de ces inconvé-

(1) Il y a plusieurs années, M. Amussat, préparateur à

nients, a inventé une espèce de scie, sur l'un des côtés de laquelle règne une arête destinée à empêcher que le tranchant ne pénètre dans l'intérieur du crâne; mais elle ne remplit pas parfaitement son but, parceque l'épaisseur des parois du crâne n'est pas la même dans toute la circonférence, et qu'elle varie surtout dans les divers individus. Quoi qu'il en soit, cet instrument est encore le

la Faculté de Médecine, et professeur particulier d'anatomie, ayant fixé son attention d'une manière particulière sur la structure des organes génito-urinaires, fut frappé de la direction *tout-à-fait droite* du canal de l'urèthre. Il en tira sur-le-champ les conséquences les plus heureuses pour le traitement des maladies de ces organes. Il conçut la possibilité de pratiquer le cathétérisme avec des *sondes droites;* ce qui rendait cette opération délicate d'une grande facilité, puisque par ce moyen on pourrait faire rouler la sonde sur son axe, et vaincre ainsi sans efforts des obstacles insurmontables par les moyens ordinaires. Il imagina qu'on pourrait aller chercher dans la vessie de petits calculs, et les extraire, en évitant aux malades les douleurs et les dangers de l'opération de la taille. Il pensa qu'on pourrait même aller briser dans la vessie les pierres trop volumineuses pour en être retirées entières par son procédé, et ce qu'il avait conçu, il l'exécuta avec succès sur le cadavre et sur le vivant, au moyen d'instruments très ingénieux. On commença, comme cela arrive toujours, par contester à M. Amussat les faits qu'il avançait; bientôt on prétendit qu'ils n'étaient pas nouveaux, espèce de contradiction dont on ne doit nullement s'étonner. Mais ce qui est un peu plus difficile à comprendre, c'est qu'il se soit trouvé deux chi-

meilleur que nous possédions. On emploie cependant de préférence une espèce de hachette, un marteau dont l'un des côtés est terminé par une espèce de tranchant obtus propre à casser les os.

Après avoir fait une incision circulaire aux téguments qui recouvrent le crâne, et mis les os exactement à nu, on casse ou on scie ces os dans

rurgiens qui aient revendiqué pour eux la découverte dont nous parlons. Nous avons suivi l'auteur pas à pas dans ses observations ; frappé de l'avantage qui pouvait en résulter pour l'art, nous l'engageâmes à prendre date dans le Nouveau journal de médecine ; ce qu'il fit, au mois d'avril 1822, avant que personne songeât à s'emparer de ses travaux. Il a publié depuis de très belles recherches anatomiques sur les organes génito-urinaires, travaux qui ne peuvent être que le résultat de longues méditations, et qui, aux yeux de tout homme instruit et impartial, lui assureront, sans la moindre difficulté, le mérite de l'invention. Les travaux originaux ne peuvent en effet jamais être égalés par les productions avortées de ceux qui s'approprient les inventions d'autrui. Malgré ces dégoûts, poursuivant toujours ses utiles recherches, il a inventé des instruments propres à détruire les adhérences de l'urèthre. Les uns sont des espèces de stylets à plusieurs tranchants, renfermés dans des sondes; les autres, des espèces de seringues pneumatiques de Caoutchouc, au moyen desquelles il surmonte les rétrécissements de l'urèthre les plus résistants. Les succès obtenus dans le monde par ses rivaux ont empêché les chirurgiens de lui rendre toute la justice qui lui était due, ce qui est pour nous une raison de plus de déclarer hautement notre opinion à son égard.

toute la périphérie de la tête. Cette opération terminée, on soulève, par un mouvement de bascule, avec une espèce de levier, la boîte osseuse du crâne, qu'on détache par des secousses réitérées, et proportionnées à la force des adhérences qui l'unissent aux membranes. Cette boîte enlevée, on observe exactement l'état de la dure-mère; puis on l'incise à un demi-pouce du sinus longitudinal supérieur et parallèlement à ce sinus, depuis l'apophyse *crista galli*, jusqu'à la tente du cervelet; on détache ensuite la faux ainsi isolée, en la coupant sur l'apophyse de l'ethmoïde, on écarte sur les côtés la dure-mère, et l'on découvre l'encéphale encore revêtu de l'arachnoïde et de la pie-mère. On examine ces membranes; on met à découvert les circonvolutions cérébrales, on les observe attentivement. Leur couleur, leur forme, leur volume, leur consistance, leur degré de sécheresse ou d'humidité, doivent fixer l'attention de l'observateur. Après cet examen, on coupe par tranches très minces toute la masse cérébrale et on explore avec le plus grand soin chacune de ces parties, dont on note exactement les qualités physiques; on pénètre successivement et avec précaution dans chaque ventricule.

Le cerveau étant examiné, le cervelet réclame les mêmes recherches; on détache la tente qui le recouvre, on coupe le prolongement rachidien le plus bas possible; après quoi la substance céré-

belleuse est soumise à la même investigation que la substance cérébrale.

On doit conserver pour la fin de l'autopsie l'examen de la moelle épinière.

Pour inspecter les viscères thoraciques et abdominaux, on enlève la paroi antérieure de l'abdomen, par une incision presque circulaire, partant d'un hypochondre, descendant sur l'os des îles, dont elle suit la direction vers le pubis, remontant vers l'autre hypochondre en suivant le même trajet que du côté opposé. On prolonge ensuite cette incision sur les cartilages des côtes, le plus loin possible du sternum, jusqu'à l'articulation antérieure de la clavicule; on coupe les cartilages; on renverse ensuite en haut et les parois abdominales et le sternum ainsi détaché des côtes, et par ce moyen se trouvent en évidence les organes de la poitrine et du bas-ventre.

On examine à l'extérieur les poumons; on s'informe de leur couleur, de leur consistance, de leur forme, enfin de toutes leurs qualités physiques; on regarde attentivement les plèvres, les liquides qu'elles contiennent, après quoi on incise les poumons, puis la trachée-artère, les bronches, le larynx. On passe ensuite à l'examen du cœur et de ses enveloppes; lorsqu'on l'a suffisamment observé au dehors, on le coupe *en travers* pour mieux juger de l'épaisseur de ses parois; on explore les orifices auriculo-ventriculaires, ven-

triculo-aortique, ventriculo-pulmonaire, et autres. On s'enquiert s'il existe des obstacles, et quelle est leur nature. On regarde attentivement les oreillettes, puis on fend l'aorte dans toute son étendue; opération presque toujours oubliée pour les veines, et qui ne saurait être trop recommandée. Les appareils pulmonaire et circulatoire ainsi explorés, on passe à l'examen des appareils digestif et génito-urinaire.

Lorsqu'on s'est bien assuré de l'état extérieur des organes, on doit fendre le canal alimentaire, à l'aide de l'entérotome de M. J. Cloquet, depuis le pharynx jusqu'au rectum inclusivement. Il est des cas où l'on doit recueillir les liquides contenus dans ces vicères. Le foie, la rate, le pancréas, les reins, la vessie, l'utérus, doivent être l'objet d'une recherche attentive. Leur volume, leur couleur, leur consistance, leur position, etc., seront notés scrupuleusement : on ne devra pas négliger les organes de la circulation abdominale, qu'on n'aura pas pu explorer plus tôt.

Cela fait, on retournera le sujet pour procéder à l'examen de la moelle épinière. On enlève avec soin les téguments et la masse des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux ; on met à nu les lames vertébrales qui forment la paroi postérieure du canal rachidien. Ensuite, à l'aide du rachitome, instrument ingénieux, inventé par M. Amussat, on divise toutes ces lames sans intéresser la moelle

15.

épinière. On enlève toutes les apophyses épineuses, et l'on découvre ainsi le prolongement rachidien encore enveloppé de ses membranes ; on les observe, on les incise, et l'on procède à l'exploration de la pulpe vertébrale. Il est des cas où les membres doivent être soumis à l'examen. Les muscles, les os, les articulations, les vaisseaux, les nerfs, etc., exigent quelquefois qu'on les examine. Il serait à souhaiter qu'on le fît toujours.

Cette méthode d'ouvrir les corps est celle que nous suivons ; elle diffère un peu de celles que les auteurs ont décrites. Au reste, peu importe la manière de procéder à cette opération, pourvu qu'on ne néglige aucun organe, qu'on les examine tous, et surtout qu'on ne produise pas accidentellement des lésions qu'on pourrait prendre pour des cas pathologiques.

Lorsqu'on rencontre quelque altération morbide, on doit y porter les regards les plus attentifs, et ne l'abandonner que lorsqu'on en a pris une connaissance parfaite.

Le médecin n'est pas toujours borné à interroger un malade pour lui donner ses soins ; dans quelques circonstances, il devra écrire ce qu'il a observé, soit dans le but de conserver de simples notes sur des faits intéressants, soit dans celui de rédiger un mémoire à consulter, soit aussi dans celui de publier ses observations pour étendre le domaine de la science, etc. Un jeune médecin qui

n'a pas l'habitude de ce genre d'ouvrage doit nécessairement éprouver beaucoup d'embarras, et d'autant plus que les grands maîtres nous ont bien laissé des modèles, mais qu'ils ne nous ont pas transmis de préceptes. Guidé par son seul génie, il sera nécessairement plongé dans une multitude de tâtonnements, et ce ne sera qu'après des essais longtemps imparfaits qu'il pourra produire quelque chose de médiocre en ce genre.

L'art de tracer une observation n'est point un art facile; l'observateur doit être doué de qualités dont la nature se montre avare. En effet, l'on sait qu'en médecine, où tout le monde observe, les grands observateurs peuvent se compter. Indépendamment d'une connaissance approfondie de son art, ce qui dépend en grande partie de lui, le médecin devra être pourvu de beaucoup de sagacité, susceptible d'une grande attention, et, chose qui pourra paraître étonnante, doué de beaucoup de sensibilité, de goût, et même d'imagination.

Que la sagacité et l'attention soient nécessaires, cela ne sera contesté par personne : mais pourquoi demander que le médecin soit doué de sensibilité et même d'imagination ; l'imagination surtout, qui fait apercevoir tous les objets à travers un prisme exagérateur et mensonger ? Le voici : un observateur froid, impassible spectateur des maux de son semblable, pourra bien être un observateur exact et précis; mais un observateur doué de sensibilité,

touché de ces mêmes maux, qui n'effleureront pas le cœur du premier, ne les retracera-t-il pas avec cette chaleur de l'âme qui vivifie les tableaux? Comparez l'image sans couleur du premier avec la peinture animée du second, et vous verrez lequel des deux vous paraîtra mériter la préférence. Que sera-ce si la nature a doté cet observateur de cette précieuse faculté de l'intelligence, qui retrace les objets absents avec une si parfaite fidélité? Non, certes, ils n'étaient pas dépourvus d'imagination ces tableaux de l'épilepsie, qu'Arétée traça de sa main inimitable, et qui font encore aujourd'hui notre admiration. D'où vient que nous trouvons tant de différence entre les observations de tel médecin, et celles de tel autre? D'où vient que la fatigue et l'ennui s'emparent de nous à la lecture d'une histoire de maladie faite par celui-ci, tandis que l'intérêt le plus vif nous saisit lorsque nous lisons l'histoire que celui-là nous a tracée? N'est-ce pas parceque le premier est dépourvu de sensibilité, de goût, d'imagination, tandis que l'autre se distingue par ces qualités? Si le but d'une observation est de retracer la maladie observée, nul doute que tout l'avantage ne soit du côté de ce dernier observateur. Deux tableaux sur le même sujet, faits par deux peintres différents, ne seront-ils pas empreints du génie de chacun d'eux? Tous deux pourront être vrais, mais l'un sera un chef-d'œuvre, et l'autre un ouvrage médiocre. Ces qualités que nous demandons dans

l'observateur sont des dons de la nature qu'on ne saurait communiquer; mais le goût peut donner quelques conseils utiles.

L'observateur se propose de recueillir une observation pour son propre usage, ou pour la mettre au jour. Dans le premier cas, il ne peut prendre trop de détails, il doit même noter ce qui est, comme ce qui n'est pas. Qui n'a pas éprouvé le tardif repentir d'avoir omis dans une observation les signes négatifs?

On devra donc indiquer l'état morbide et l'état naturel de tous les organes, de toutes les fonctions; indiquer tous les changements qui surviennent jour par jour, de moment en moment. Mais si une pareille observation est précieuse pour son auteur, combien ne serait-elle pas fastidieuse et rebutante pour le lecteur?

Quel but veut-on atteindre en écrivant une observation destinée à la publication? n'est-ce pas de donner le plus promptement possible l'idée la plus exacte, la plus vraie de la maladie? S'il en est ainsi, dans la rédaction de son observation, on commencera par élaguer tous les détails superflus: comme les grands peintres qui, dans le tableau d'un vaste paysage, ne dessinent que les premiers plans et les points les plus importants, tandis qu'ils négligent les objets secondaires, l'observateur doit présenter à son lecteur les traits les plus saillants de la maladie qu'il veut peindre.

Après un court commémoratif qui indiquera l'âge, le sexe, la constitution, la profession, les habitudes, l'état de la menstruation (chez les femmes), la cause présumée de la maladie actuelle, les maladies antécédentes, l'habitude extérieure du corps, le médecin devra tout de suite offrir à l'attention encore fraîche du lecteur les symptômes fournis par l'organe et la fonction lésés. Ainsi qu'il aura dû commencer son interrogation, il devra présenter les réponses obtenues. Ici s'élève une question : ne serait-il pas préférable d'avoir le même ordre pour la description de toutes les maladies? ne s'exposera-t-on pas à une confusion volontaire en commençant sa description tantôt d'une manière et tantôt d'une autre? J'avouerai que, frappé par cet inconvénient, j'avais d'abord adopté cette méthode uniforme ; mais je me suis aperçu depuis qu'en procédant ainsi, on s'exposait à ne décrire que fort tard les signes locaux ; que les phénomènes généraux moins importants occupaient et fatiguaient pendant long-temps l'attention du lecteur, qui, lorsqu'il arrivait aux signes caractéristiques, n'en était plus aucunement frappé. Je m'aperçus que le but de l'observation était entièrement manqué ; que puisqu'il consistait à donner une idée vraie et prompte de la maladie, on ne pouvait exposer trop tôt les phénomènes caractéristiques. De deux inconvénients je préférai le moindre, et j'adoptai la mé-

thode de présenter d'abord les phénomènes locaux organiques et fonctionnels. A la vérité elle répand une légère bigarrure; mais ce désavantage est presque nul.

Lorsqu'on a présenté de la sorte les signes principaux, on doit passer sur-le-champ aux phénomènes sympathiques, à ceux que fournissent les organes et les fonctions dont la connexion est le plus intime avec ceux qui sont affectés, et successivement ainsi jusqu'aux plus éloignés, en ayant soin de ne présenter ici que les changements vraiment dignes d'intérêt.

Dans les changements survenus jour par jour, on ne devra de même tenir compte que de ceux qui méritent quelque attention. Soyons courts dans nos narrations; n'oublions rien d'important, mais épargnons surtout le temps précieux des lecteurs.

Lorsque la maladie se sera terminée par la mort, on devra suivre la même marche dans les recherches cadavériques : tout décrire pour soi; mais, pour le public, ce qui peut l'intéresser seulement.

Voici une table abrégée sur laquelle on pourra se guider pour interroger un malade et recueillir l'histoire de sa maladie. Il est presque inutile de dire qu'il n'arrive presque jamais qu'on soit obligé de faire toutes les questions qu'on y trouve.

Sexe, âge, constitution, menstruation, santé, maladies, traitements antérieurs, causes présumées, hérédité, parenté, invasion.

HABITUDE EXTÉRIEURE DU CORPS,
- augmentée,
- diminuée.
- pervertie,
  - forme,
  - position,
  - couleur,
  - odeur,
  - consistance,
  - température,
  - sons.
    - à la tête,
    - au cou,
    - à la poitrine,
    - au ventre,
    - aux membres.

FONCTIONS INDIVIDUELLES.

DIGESTION.
- Faim
  - augmentée,
  - diminuée,
  - abolie,
  - pervertie.
- Soif
  - *idem.*
- Goût
  - amer,
  - pâteux, acide, sucré, etc.
  - bouche sèche.
- Dents, gencives,
- langue,
  - volume,
  - forme, position,
  - consistance,
  - couleur,
  - enduits.
- Mastication, déglutition, digestion stomacale, nausées, vomissement, matières vomies, douleur épigastrique, tumeurs, borborygmes, flatuosités, déjections, constipation, diarrhée.

CIRCULATION ARTÉRIELLE. Pouls
- fréquent, rare.
- vif, lent.
- grand, petit.
- fort, faible.
- dur, mou.
- égal, inégal.
- régulier, irrégulier, intermittent, confus, insensible.

CŒUR. Son, choc, palpitations, bruits, rhythme.

CIRCULATION VEINEUSE. Qualités du sang tiré des veines, ou autres.

RESPIRATION.
- fréquente, rare, égale, inégale,
- vite, lente, facile, difficile, anxieuse, suffocante,
- grande, petite, indolente, douloureuse,
- puérile, nulle, sonore, bruyante, etc.
- râle
  - crépitant,
  - muqueux, gargouillement,
  - sibilant, sec, sonore, etc.
- rire, bâillement, éternuement, hoquet.
- toux
  - fréquente, rare,
  - facile, difficile,
  - indolente, douloureuse, humide, sèche.
- expectoration, matières expectorées.

FONCTIONS INDIVIDUELLES.

- POITRINE. son { mat. / clair.
- EXHALATIONS. { à la peau, / aux membranes séreuses, / aux membranes muqueuses, } { partielles, générales, / naturelles, morbides, / accidentelles, } { augmentées, / diminuées, / abolies, / perverties.
- SÉCRÉTIONS. { larmes, / salive, / bile, suc pancréatique, sperme, urine.
- ABSORPTIONS. { augmentée, / diminuée, etc.; résolution des maladies.
- NUTRITION. { atrophie, / hypertrophie, etc., générale, partielle.

FONCTIONS ENCÉPHALIQUES.

- SENSATIONS. { sensibilité, { générale, / partielle, } { augmentée, / diminuée, etc. / douleur.
- SENS. { vue, / ouïe, / odorat, / goût, / toucher. } { augmentés. / diminués, etc.
- INTELLIGENCE. { augmentée, / diminuée, stupeur, idiotisme, / pervertie, délire, etc.
- SOMMEIL. { somnolence, / coma, / carus, / léthargie, rêve, cauchemar, etc.
- MOUVEMENTS. { convulsions, contracture, roideur, crampes, / engourdissements, / paralysie, / tremblements, etc.
- ORGANES LOCOMOTEURS.
- VOIX, PAROLE. { augmentée. / diminuée. / abolie, mutisme, aphonie, etc. / pervertie, { pectoriloquie, / égophonie, / tintement métallique.

- FONCTIONS GÉNITALES. { menstruation, / lochies, / lactation, } augmentées, etc.

Notez la succession des symptômes jour par

jour; la marche, la durée, la terminaison de la maladie; les résultats de l'ouverture du corps, etc.

On devra toujours commencer l'examen du malade et la description de la maladie par l'organe et la fonction lésés; s'il en existe plusieurs, on commencera par les plus gravement affectés.

CHAPITRE II.

SÉMÉIOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Maintenant que nous avons exposé succinctement, et défini aussi clairement qu'il nous a été possible, les divers changements que la maladie apporte dans nos fonctions et quelquefois dans nos organes, il nous reste à déterminer la valeur de ces phénomènes, c'est-à-dire de convertir ces symptômes en signes.

L'art de convertir les symptômes en signes est sans contredit ce qu'il y a de plus difficile en médecine. A mesure qu'elle fait des progrès, la séméiologie doit s'étendre, ou, pour mieux dire, doit devenir plus positive, plus exacte, et partant moins verbeuse; alors elle réclame impérieusement des réformes. On ne saurait nier que depuis dix ans le

diagnostic des maladies n'ait fait des progrès considérables. Les travaux de M. Laennec ont beaucoup éclairé le diagnostic des maladies des organes renfermés dans la poitrine ; celles des viscères gastriques sont aussi beaucoup mieux connues depuis les écrits et les leçons de M. Broussais ; enfin les maladies du cerveau, les plus obscures de toutes, sont devenues les plus claires. Les traités de séméiotique publiés avant ces travaux laissent nécessairement beaucoup à désirer sous ces divers rapports ; nous tâcherons d'y suppléer dans cet exposé succinct des signes. Nous saisissons avec plaisir cette occasion de rendre une justice éclatante à l'ouvrage de M. Landré-Beauvais sur cette matière. Son livre est aussi supérieur à tout ce qu'on a publié sur le même sujet que l'observation de la nature l'est à la compilation. On voit que c'est le flambeau de l'expérience qui l'éclaire et le guide. Je ne reconnais, en général, dans les autres écrits de séméiologie, que des lambeaux mal cousus des écrivains de tous les âges ; tous les faits y sont accumulés sans critique et sans discernement. Il suffit à ces auteurs de l'autorité d'un grand nom, pour qu'ils adoptent sans la moindre difficulté les erreurs les plus grossières. Ils font une entière abnégation de leur propre jugement ; le vernis dont ils ont voulu revêtir leurs productions n'en fait que plus ressortir la pauvreté. Nous ne suivrons nullement cette marche, persuadé que la nature nous a donné

des sens et une intelligence pour nous en servir. Tout en respectant les auteurs justement célèbres, nous nous permettrons de soumettre leurs opinions à l'épreuve de l'expérience ; nous nous approprierons tout ce qui triomphera de cette épreuve, en un mot, tout ce qui nous semblera vrai, par conséquent bon et utile.

D'après notre opinion, que les autorités ne peuvent être que le supplément des faits et de la raison, nous n'aurons jamais ou presque jamais recours à cette sorte de preuve. C'est un bien pauvre mérite que celui de transcrire des citations. Certes il ne faut pas ignorer ce que les autres ont écrit, mais il n'en faut pas faire son unique ressource. Ils sont bien à plaindre les auteurs qui n'ont pas d'autre talent; à quoi sert de redire sans cesse ce que d'autres ont déjà dit avant nous? Il n'est qu'un moyen d'être utile, c'est d'interroger la nature. Si ses réponses sont les mêmes que celles qu'elle a déjà rendues, tant mieux pour la certitude de l'art; si elles diffèrent, tant mieux encore pour son avancement, puisqu'elles serviront à détruire des erreurs anciennes ou à établir des vérités nouvelles.

Nous sommes cependant loin de prétendre n'écrire que des choses neuves. Il est dans les sciences et dans les arts une espèce de monnaie courante qui appartient à tout le monde, et dont tout le monde peut faire usage comme il l'entend, sans qu'on soit en droit de crier au plagiat. Ce sont des

matériaux de construction, et des règles générales d'architecture qui appartiennent à tous les architectes; il est permis à chacun d'eux d'employer ces éléments comme il juge à propos, heureux celui qui en fait naître le Parthénon, le Colysée, ou le Louvre!

C'est dans la manière de disposer ces matériaux, de mettre en usage les principes reçus, c'est dans la découverte de quelques rapports nouveaux, inaperçus, et peut-être aussi dans la rencontre heureuse de quelque route inconnue, que consiste tout le mérite des artistes. Mais ce mérite ne saurait s'acquérir en se traînant servilement sur les traces rebattues de nos prédécesseurs; il n'en peut résulter pour l'art aucune utilité, pour l'auteur aucune gloire. Redisons-le, c'est la nature qu'il faut interroger. Et qu'importe en effet qu'Hippocrate, Celse, Arétée, Galien, Boerhaave, Sydenham, ou tout autre aussi illustre, ait écrit telle ou telle chose, si leurs assertions se trouvent démenties par l'expérience? Des faits, et des faits positifs, voilà ce que la génération actuelle réclame; des maladies, des autopsies, voilà l'instruction véritable, lorsqu'on les observe avec des sens fidèles et non prévenus.

Il faut le dire, un ouvrage qui n'admette que des vérités reconnues, qui donne comme douteuses toutes les opinions qui n'ont pas encore reçu l'assentiment général, et qui purge l'art de la foule des préjugés qui l'obstruent, manque à la science.

Ce n'est pas sans dégoût qu'on est continuellement assailli, dans la lecture des écrits des médecins, par les préjugés antiques et modernes.

On a prétendu à tort que l'exposition des signes, la séméiotique, inaccessible aux systèmes qui tour à tour règnent en médecine, était la seule branche de l'art qui ne devait jamais varier ; cette assertion est mal fondée sur plusieurs points : et d'abord, elle n'est point inaccessible aux systèmes, car ceux-ci, se basant en général sur un diagnostic nouveau et sur des indications nouvelles, etc., impriment aux signes récents une valeur arbitraire sans doute, mais qui n'en passe pas moins pour la véritable, tant que durent ces systèmes ; et les premiers signes, à supposer qu'ils fussent vrais, n'en sont pas moins remplacés par les derniers. Ce que nous avançons ici, nous en avons été témoins dans ces derniers temps. Tels phénomènes qui passaient pour signes certains d'embarras gastrique ou de fièvre essentielle, etc., sont devenus des signes d'irritation gastrique ou gastro-intestinale, et cette assertion est tout aussi vraie pour celui qui se range du système nouveau, que l'assertion opposée pour celui qui suit le système ancien. L'expérience seule, dans ce cas, est appelée à prononcer; et pour l'homme impartial, ce qui passait pour certain devient au moins douteux. Mais, nous répondra-t-on, vous ne parlez ici que de systèmes, et, malgré leur envahissement, la vérité n'en reste

pas moins, et n'en sort que plus belle et plus brillante de leurs attaques réitérées ; donc la séméiotique est inattaquable. Nous venons de voir qu'il n'en est point tout-à-fait ainsi ; mais qui pourra nier que l'art ne fasse des progrès? qui niera que tous les jours on ne découvre des faits nouveaux? qui niera que des faits anciens ne soient tous les jours reconnus pour des erreurs ? N'avons-nous pas été témoins de découvertes fort importantes en diagnostic? et, dès lors, la séméiotique n'exige-t-elle pas des modifications, doit-elle être invariable? La réponse ne saurait être douteuse.

Le temps n'est plus où les esprits, satisfaits de termes vagues, expressions d'hypothèses illusoires, de spéculations stériles, prenaient pour des réalités les systèmes mensongers qui régnaient dans les écoles Le fastidieux galénisme, l'humorisme, le vitalisme et l'animisme qui infectent encore certains écrits, et même quelques écoles, ont fait enfin place au sens commun.

Grâces à la solide direction imprimée aux études, grâces à l'autorité des sens généralement reconnue, nos oreilles ne seront plus offensées par des mots insignifiants, ou, qui pis est, par des mots n'exprimant que des rêves, des erreurs. Aujourd'hui chaque terme devra porter avec lui sa signification positive ; ou du moins, lorsque l'art encore peu avancé ne pourra lui en attacher une, nous signalerons cette lacune pour provoquer de nouvelles

recherches, et faire disparaître cette imperfection.

Dans toutes les sciences on exige aujourd'hui, par-dessus tout, de l'exactitude, de la précision; mais c'est principalement en médecine que ce besoin se fait plus vivement sentir. On commence à comprendre que dans un art dont l'application a pour objet les plus chers de tous nos intérêts, la santé et la vie, on ne saurait se contenter de conjectures, d'*à-peu-près*. C'est là qu'on exigerait volontiers la rigueur mathématique, que nous ne pouvons malheureusement pas atteindre. Et pourquoi serait-elle désirable, si ce n'est pour notre propre conservation? Mais quoique nous ne puissions pas espérer de parvenir à la précision dont nous parlons, il est cependant un degré de certitude auquel nous pouvons prétendre: à ce mot de *certitude*, j'entends se récrier la foule des incrédules, eux dont le plus grand nombre ne croit même pas à l'existence de la médecine.

Les contradictions des médecins, le triomphe successif de systèmes entièrement opposés, ont fait croire à des gens, d'ailleurs fort instruits et fort réfléchis, que la médecine était non seulement un art incertain, mais qu'il n'y avait même pas de médecine. Beaucoup de personnes disent qu'elles ne croient pas à la médecine. Cette incertitude, cette variation dans les opinions médicales, ne prouve autre chose que la faiblesse de l'esprit humain, l'obscurité de certains points en-

core difficile à dissiper, mais nullement l'inexistence de la médecine.

Dès le moment où l'on a reconnu que divers corps de la nature exerçaient une certaine influence sur l'économie humaine, la médecine a existé. En observant bien, en appréciant avec justesse les effets produits par ces puissances, on a pu espérer de les faire tourner au profit de l'humanité. Bien plus, c'est que les substances dont les effets étaient les plus violents, telles que les poisons les plus actifs, ont dû faire concevoir l'espérance que leur action énergique pourrait, dans certains cas, devenir un remède héroïque. En effet, on a dû conclure que, si tel corps produisait sur l'économie tel effet bien constaté, et que telle maladie produisait un effet contraire, ce corps conviendrait dans cette maladie. Tels ont été les premiers pas de la thérapeutique. D'ailleurs, s'il existe des maladies, il existe donc des causes de maladies? Reconnaître ces causes, les éviter, les éloigner, annuler leur action, n'est-ce pas déjà une médecine? Ainsi, à moins de nier l'existence des maladies, et conséquemment celle des causes qui les produisent, on sera forcé d'admettre l'existence d'une médecine. L'existence des maladies a dû inspirer la nécessité de connaître l'organisme dans l'état de santé : de là l'*anatomie*, et la *physiologie*, qui n'est que l'organisation en exercice, si je puis m'exprimer ainsi. Par suite on

a dû rechercher les altérations des organes et des éléments qui les constituent, et les dérangements des fonctions que ces altérations occasionent : de là la connaissance de la *pathologie.* Maintenant, dira-t-on que cette connaissance est loin d'être complète : c'est vrai ; mais ce qui est connu forme un assez riche patrimoine pour ne pas être à dédaigner ; d'ailleurs, cette connaissance est bien plus avancée qu'on ne pense communément, et la science du diagnostic a fait des progrès immenses depuis peu d'années.

L'observation et l'expérience ont fait connaître l'influence et la manière d'agir d'une multitude de corps, de moyens offerts par la nature, ou découverts par l'art ; le raisonnement ou le hasard ont fait découvrir que ces modificateurs de l'organisme opéraient des changements avantageux dans les maladies : de là l'origine de la matière médicale et de la thérapeutique. Maintenant il faut convenir que cette partie de l'art n'a été long-temps qu'un tissu d'erreurs grossières. Mais aujourd'hui qu'une philosophie plus sévère s'est introduite dans la médecine, les erreurs diminuent et les vérités utiles augmentent. Quelque petit qu'on voulût supposer le nombre de ces faits, leur existence est incontestable.

Ainsi l'existence des maladies oblige d'admettre celle des causes de maladies ; ces causes ont dû être étudiées, et ont dû faire reconnaître que des

agents de la nature modifiaient l'organisme. Ces maladies se terminant tantôt d'une manière favorable, tantôt d'une manière fâcheuse, on a dû reconnaître qu'il existait des causes de ces terminaisons, on a dû les rechercher, et, depuis près de trois mille ans qu'on s'en occupe, on a dû en trouver un grand nombre. L'existence des maladies a dû d'abord exciter à les observer elles-mêmes : de bonne heure on a dû sentir la nécessité d'étudier l'homme sain, et ensuite les organes malades. Donc, si la médecine se compose de l'anatomie et de la physiologie, ou la connaissance de l'homme sain ; de la connaissance des causes qui produisent les maladies, et de l'art de les éviter, l'*étiologie*, l'*hygiène ;* de la connaissance des maladies, la *pathologie ;* de celle des moyens qui favorisent leur terminaison heureuse, ou qui les soulagent, la *thérapeutique*, etc. ; il est impossible de nier que l'on ne possède dans ces sciences des notions nombreuses et positives. Voilà ce qui constitue le domaine de l'art.

C'est principalement du diagnostic des maladies que la médecine emprunte ses arguments les plus victorieux contre ses détracteurs. C'est le diagnostic qui fonde la certitude médicale. Car si, à l'aide de quelques signes, on parvient à reconnaître qu'un organe est malade, et quelle est la nature, le siége et l'étendue de l'altération, on ne pourra nier que ce ne soit là une grande certitude ;

et celle-là, nous l'avons atteinte pour la plupart des affections.

On conçoit par conséquent qu'on ne peut mettre trop de rigueur dans l'étude et l'exposition de ces signes.

D'après tout ce que nous avons déjà dit, on doit avoir compris qu'on désigne par signe tout phénomène morbide qui a pris une valeur, une signification. C'est le résultat d'une opération intellectuelle qui nous fait découvrir le rapport d'une chose inconnue avec une chose apparente. Il est cependant des cas où le signe est évident, où il tombe sous les sens, où par conséquent il n'est aucunement besoin d'un travail de l'esprit pour le reconnaître. Ce genre de signes a reçu dans les écoles le nom de *signes sensibles*, par opposition à ceux qui exigent une opération de l'intellect, qu'on a nommés *signes rationnels*.

Les signes ont été divisés en signes passés, présents et futurs. Cette division, clairement exprimée dans Galien, ne nous paraît pas devoir être conservée ; l'expression de signes passés, qu'on appelle aussi commémoratifs ou anamnestiques, n'est pas convenable, puisqu'elle s'applique à toutes les circonstances qui ont précédé la maladie. Ainsi l'âge, le sexe, la constitution, le régime, les habitudes, les idiosyncrasies, l'hérédité, la parenté, l'habitation, les maladies antécédentes, les traitements déjà subis, etc., enfin tout ce qui précède la ma-

ladie, et jusqu'aux causes occasionelles, sont rangés parmi les *signes* commémoratifs ; or, je le demande, peut-on laisser le nom de *signes* à des objets si différents ? Nous pensons que cette partie de l'histoire ou de l'examen d'une maladie doit être désignée sous le nom plus général et plus convenable de *circonstances commémoratives*.

Ces circonstances commémoratives sont d'un grand secours dans l'appréciation des phénomènes morbides, dans le diagnostic et le pronostic des maladies. Nous aurons souvent occassion d'y revenir.

Le nom de *signe diagnostique* est parfaitement approprié : un symptôme étant donné, il désigne telle maladie, il *signifie* quelque chose, il est converti en signe. Nous pouvons en dire autant des *signes pronostiques*. Mais une lacune dont on a lieu de s'étonner dans les traités de séméiologie, c'est l'oubli presque complet des signes thérapeutiques ; certes cette partie était bien rigoureusement du domaine de la séméiotique : un phénomène morbide indique qu'il faut employer tel ou tel mode de traitement, il devient une indication, un *signe thérapeutique*. Nous en ferons un chapitre particulier.

Un des plus grands torts en effet qu'on puisse reprocher aux séméiologues, c'est d'avoir confondu et présenté ensemble les signes diagnostiques et pronostiques, et d'avoir omis les signes thérapeutiques. Ce sont assurément des choses fort distinctes ; elles

ont bien entre elles une connexion intime ; elles découlent les unes des autres ; mais elles n'en sont pas moins essentiellement différentes. Prenons pour exemple l'une des qualités du pouls, *le pouls fort*. Nous verrons que, comme signe diagnostique, il aura plusieurs significations. En le considérant d'abord sous le rapport du diagnostic local, nous verrons que le pouls fort peut indiquer une maladie de cœur, l'hypertrophie du ventricule gauche, pourvu toutefois que l'obstacle à la circulation soit placé au-dessous des sous-clavières ; qu'il peut indiquer une augmentation de consistance dans les parois artérielles, la position des vaisseaux très superficielle, etc. Sous le rapport du diagnostic général, il indiquera un état pléthorique, inflammatoire ; il appartiendra à la première et à la seconde période des inflammations des membranes muqueuses, et des organes parenchymateux. Comme signe pronostique, il annoncera de la force, de l'énergie dans le sujet, mais en même temps de la violence dans la maladie ; toutes choses égales d'ailleurs, on en déduira plutôt un augure favorable qu'un augure fâcheux. Enfin, comme signe thérapeutique, il devra généralement indiquer le traitement antiphlogistique, c'est-à-dire les émissions sanguines, générales ou locales, la diète sévère, les délayants, etc. Voilà certainement trois choses qui ont entre elles beaucoup de rapport, et cependant entièrement distinctes. Il nous a paru très impor-

tant de traiter ces sujets dans des chapitres différents.

On a divisé les signes diagnostiques en signes propres et en signes communs : les premiers, qu'on nomme encore pathognomoniques, suffisants, univoques, vrais, certains, essentiels, caractéristiques, servent en effet à caractériser les maladies ; ce sont les signes les plus rares et les plus précieux ; ceux que nous avons nommés locaux appartiennent à cette classe.

Les seconds, qu'on a encore appelés équivoques ou insuffisants, appartiennent à un grand nombre de maladies ; ce sont les signes que nous nommons généraux.

Nous désignerons sous le nom simple d'accidents tous les phénomènes qui surviennent dans le cours d'une maladie, et qui ne sont pas nécessairement liés avec elle. C'est ce qu'on exprimait autrefois par les noms d'épiphénomènes, d'épiginomènes, etc.

C'est ici le moment de reproduire les propositions d'organisme que nous avons exposées dans notre première partie ; c'est ici qu'elles vont acquérir toute leur valeur.

Nous avons avancé, dans une de nos propositions principales, que, lorsqu'il se manifestait quelque changement sensible dans une fonction, il existait dans l'organe chargé d'exécuter cette fonction, ou dans un organe exerçant sur celui-ci une certaine influence, une altération légère ou profonde, fugitive

ou persistante, primitive ou consécutive, sensible ou insensible à nos divers moyens d'investigation. Hé bien, si donc nous observons un changement dans une fonction, nous en tirerons cette conséquence, que l'organe auquel elle est affectée est malade. Telle est la première opération de l'intelligence qui nous conduira au diagnostic local. Une semblable conclusion est rigoureuse ; nous reviendrons bientôt sur les cas exceptionnels qui semblent la démentir. Si, après avoir attentivement cherché l'altération dans l'organe dont la fonction nous a paru lésée, nous acquérons la certitude que cet organe n'est point altéré, ce à quoi l'on arrive par d'autres signes, on cherchera l'altération dans l'organe qui exercera sur celui-ci une influence directe ou sympathique.

Il ne faut pas oublier que les phénomènes des maladies sont locaux et généraux : c'est ici pour le diagnostic la distinction la plus importante, c'est celle que nous ne perdrons jamais de vue dans le cours de cet ouvrage.

Par phénomènes locaux nous entendons ceux qui appartiennent à l'organe malade et à sa fonction. Les phénomènes locaux d'une pneumonie sont la douleur profonde de côté, le son mat, l'absence de respiration, la toux, le crachement de sang, tous inhérents à l'organe malade.

Par phénomènes généraux nous entendons ceux qui se manifestent sympathiquement dans des organes ou dans des fonctions éloignés des pre-

miers : on les nomme généraux, parceque, appartenant en général à la circulation et à l'innervation, ils se manifestent dans tout l'organisme ; nous leur donnons quelquefois le nom de phénomènes de réaction. Les phénomènes généraux ou de réaction de la pneumonie sont la chaleur à la peau, la force, la fréquence dans le pouls, la soif, etc.

La connaissance des phénomènes locaux est la plus importante; mais il ne faut pas négliger celle des phénomènes généraux et sympathiques, car c'est de l'appréciation exacte des uns et des autres que découle un diagnostic certain.

Il s'en faut de beaucoup que les signes soient tous d'une égale valeur: et celui qui en a le plus la perd souvent lorsqu'il se trouve isolé. Il est peu de signes vraiment pathognomoniques; peut-être même n'en existe-t-il point. Mais si un signe seul, quelque positif qu'il soit, n'a que peu ou point de valeur, il en acquiert bientôt une très grande lorsqu'il se trouve réuni à d'autres. Ainsi la douleur de côté peut appartenir à presque toutes les maladies de la poitrine ; mais si le malade qui présente ce symptôme expectore en même temps des crachats sanglants, vous aurez déjà les plus fortes probabilités pour l'existence d'une péripneumonie. Si la percussion donne un son mat dans le côté affecté, les probabilités augmenteront encore ; enfin vous aurez la presque certitude si la respiration a cessé de se faire entendre dans ce même côté, ou si vous y

percevez le râle crépitant à l'aide du cylindre. Les phénomènes généraux, qui servent si peu au diagnostic, viendront cependant encore ici vous confirmer dans le jugement que vous porterez, si ces phénomènes généraux sont ceux des phlegmasies des organes parenchymateux, c'est-à-dire la force, la fréquence du pouls, la soif, la chaleur à la peau, etc.

Ainsi il faut un concours de signes pour arriver à un diagnostic précis.

Les circonstances commémoratives font aussi varier singulièrement la valeur des signes. Il est telle maladie qu'on ne pourrait caractériser si l'on ignorait ces circonstances. Telles sont, par exemple, les affections cérébrales.

Des lassitudes générales, des douleurs dans les membres, dans le dos, le cou; de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, de la coloration du visage, de la soif, de la force et de la fréquence dans le pouls, feront en général redouter une maladie inflammatoire; si l'on apprend qu'un exercice violent a précédé ces symptômes, on les attribuera avec raison à la seule fatigue, le diagnostic changera complètement.

Les signes diagnostiques doivent persister pendant un certain temps pour avoir toute leur valeur. Que d'erreurs les médecins éviteraient tous les jours, s'ils se souvenaient de ce précepte! Nous avons avancé que la paralysie était en général le signe

d'une affection locale du cerveau. Eh bien ! qu'est-il arrivé ? Des médecins ont rencontré des paralysies ; les malades ont succombé ; ils n'ont rien trouvé dans le cerveau, ils en ont conclu que le signe était infidèle. Ils n'ont seulement pas pensé qu'ils avaient mal observé. En effet, vers les derniers jours de la plupart des maladies aiguës, dans l'agonie, qui dure plus ou moins long-temps, selon les cas, on observe souvent la perte de connaissance, et l'abolition du mouvement et du sentiment dans l'un des côtés du corps. Sans doute cela doit tenir à un état particulier des organes de l'innervation ; mais cet état n'étant que consécutif de celui qui a causé la mort, et ne survenant que dans les derniers moments de la vie, échappe entièrement à nos divers moyens d'investigation. Pour que la paralysie soit un signe de l'altération locale de l'encéphale, il faut qu'elle persiste pendant un certain temps, qu'elle soit bien caractérisée, et bien en rapport avec les autres phénomènes cérébraux; mais il faut de l'habitude pour juger cela. Il survient, ainsi que nous venons de voir, une espèce de paralysie, dans les agonies des maladies aiguës, qui peut en imposer aux observateurs superficiels ; il en survient une aussi dans les maladies du cœur, une autre dans l'ossification des vaisseaux, etc., qu'on pourrait prendre pour le signe d'une affection du cerveau ; mais, avec de l'habitude et de la sagacité, il est presque impossible de se méprendre. Il

m'est souvent arrivé d'être d'un avis contraire à des élèves très exercés, qui croyaient reconnaître une lésion cérébrale à des paralysies de ce genre, et l'évènement justifiait ma manière de voir. Il faut donc que le signe soit bien dessiné, et persiste pendant un certain temps, pour avoir toute sa valeur.

Dans le principe des maladies, les signes n'ayant pas encore acquis tout leur développement, il est souvent difficile de porter un diagnostic juste; aussi est-il alors prudent d'attendre que la maladie se dessine. Bien souvent on croit avoir affaire dans le principe à une maladie qu'on voit peu de jours après changer entièrement de caractère. D'autres fois la marche seule de la maladie en détermine la nature. Ainsi la marche graduelle, croissante, du ramollissement sert à distinguer cette maladie de l'hémorrhagie du cerveau.

Il est sans doute d'autres circonstances qui font encore varier la valeur des signes diagnostiques, et que nous ferons connaître à mesure que l'occasion s'en présentera.

Cette variation dans la valeur des signes, suivant les circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent, a fait avancer à quelques médecins que non seulement il était inutile de traiter des signes d'une manière générale, mais que même cette méthode pouvait avoir de graves inconvénients, puisqu'elle pouvait induire en de fréquentes erreurs. Je ne partage aucunement ces craintes ; il

est bien vrai que les signes varient suivant la maladie; mais aussi combien le même signe n'imprime-t-il pas un caractère différent à la même maladie, ou à des maladies diverses. Je m'explique par un exemple : un malade quelconque étant donné, présente un pouls très fort et très fréquent. Que de conséquences diagnostiques et autres n'allez-vous pas tirer de cette maladie avant de savoir même ce qu'elle peut être? Ne vous formez-vous pas de suite une idée de son intensité, de sa violence ? Ne voyez-vous pas déjà quels moyens vous devrez employer? Eh bien! il en est une multitude du même genre : la soif, les enduits de la langue, les soubresauts dans les tendons, le délire, etc., etc., ne sont-ils pas dans le même cas? Je vais plus loin, et je prétends qu'il y aurait une grande économie de temps pour les élèves, si, pour les traités de pathologie, on procédait autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Au lieu de décrire chaque maladie en particulier, de faire à chacune d'elles la fastidieuse énumération des symptômes locaux et généraux, et la répétition plus rebutante encore des moyens thérapeutiques, je voudrais qu'on s'attachât à tracer les phénomènes généraux d'une classe tout entière de maladies, par exemple, des phlegmasies ; qu'on dît en peu de mots en quoi elles diffèrent les unes des autres par leurs causes, leur siége, etc., et qu'au lieu de répéter à chacune le traitement dit antiphlogistique, on décrivît une bonne

fois pour toutes ce traitement, qu'on ne ferait ensuite qu'indiquer, en faisant connaître seulement les modifications exigées par les spécialités. Il me semble que par cette méthode, beaucoup plus philosophique que celle qui a été adoptée jusqu'à ce jour, il y aurait une grande économie de temps.

Ce que nous venons de proposer, nous tâcherons de le mettre à exécution dans cet ouvrage. Après avoir fait connaître les signes généraux des maladies, leur diagnostic spécial, leur pronostic, nous exposerons les diverses indications thérapeutiques, et ensuite, toujours d'une manière générale, les moyens de remplir ces indications; de sorte qu'après avoir étudié ce livre on ait des connaissances suffisantes pour traiter la plupart des maladies.

Cet ouvrage sera une véritable introduction à l'étude spéciale de la pathologie; mais il ne saurait dispenser de l'étude des monographies, qui devront ensuite compléter les études médicales.

Ainsi nous pensons que, bien loin que l'étude des signes en général soit inutile ou nuisible, nous croyons qu'elle ne peut être qu'infiniment avantageuse; que toutes les branches de la médecine devraient être traitées de la même manière, manière qui économise un temps précieux, et qui nous paraît bien préférable.

PREMIÈRE SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA VIE INDIVIDUELLE, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES DIAGNOSTIQUES.

§ I. Des phénomènes morbides de l'appareil digestif, considérés comme signes.

N'oublions jamais les principes d'organisme que nous avons posés dans le commencement de ce cours, si nous voulons parvenir à une juste appréciation des phénomènes des maladies. N'oublions jamais qu'une altération de fonction annonce une altération d'organe, mais rappelons-nous en même temps que cette altération est primitive ou consécutive, fugace ou persistante, etc. Les altérations que nous allons observer dans les fonctions digestives sont au moins aussi souvent consécutives à des maladies qui n'ont pas leur siége dans les organes digestifs, que le résultat primitif de l'altération de ces organes. Si quelquefois elles sont locales, dans d'autres cas et bien plus fréquemment elles sont générales, sympathiques. Mais comment s'exercent ces sympathies mystérieuses? c'est ce qu'il est difficile d'expliquer. Malgré les efforts des physiologistes, la nature n'a point encore soulevé le voile dont elle couvre ces sortes d'opérations. Tout ce que nous savons c'est que nos fonctions sont solidaires les unes des au-

tres ; que notre organisme, composé, comme les machines qui sortent de la main de l'homme, d'une multitude de ressorts, se dérange, s'arrête si l'un de ces ressorts vient à se détraquer. Plus ce ressort est important, plus le dérangement est général et profond ; plus l'altération de ce ressort est considérable, et plus considérable aussi est le dérangement de la machine. Tout s'enchaîne, tout se lie dans l'homme ; et il n'est pas plus surprenant de voir la circulation pervertie, lorsque l'estomac est enflammé, que de voir les mouvements d'une montre désordonnés, lorsqu'on en a brisé le régulateur.

Mais comment distinguer aussi qu'un phénomène est sympathique ? qu'il n'est pas le résultat de l'altération primitive et plus ou moins profonde de l'organe chargé d'exécuter la fonction lésée ? Cette question est plus difficile à résoudre qu'on ne pense, puisque aujourd'hui même, après tant de raisonnements et d'observations, les médecins ne sont point encore d'accord, et que beaucoup regardent comme primitifs des phénomènes qui ne sont que sympathiques, et réciproquement. Je crois qu'on peut cependant établir quelques règles générales. Ainsi, lorsqu'on apprend d'une manière précise, par les renseignements que donnent les malades ou les personnes qui les approchent, qu'un organe a d'abord souffert avant tout autre, on aura quelques probabilités pour croire que cet

organe a été primitivement lésé, et que les troubles fonctionnels survenus ailleurs depuis ce moment ne sont que sympathiques. Ainsi, par exemple, un individu a-t-il éprouvé une douleur vive du côté droit du thorax, de la gêne dans la respiration, de la toux, etc. : si, le soir ou le lendemain de l'invasion, le malade accuse une vive douleur de tête, on reconnaîtra facilement que cette céphalalgie n'est que consécutive à la maladie thoracique, et n'est pas l'expression d'une altération profonde du cerveau ou de ses enveloppes. Une autre probabilité très grande se déduira de la facilité avec laquelle les fonctions se troublent sympathiquement, ce que nous aurons soin d'indiquer exactement. Ainsi, dans l'exemple que nous venons de citer, la force et la fréquence du pouls qui existeront ne devront pas faire admettre qu'il existe une maladie des organes de la circulation, parce-qu'on sait que la circulation se dérange dans la plupart des maladies. Une troisième probabilité, au moins aussi forte que les précédentes, se tire de la position respective des organes. Lorsque le trouble de l'un peut s'expliquer clairement par la maladie de l'autre, il n'y a pas de raison pour le croire le premier profondément affecté. Ainsi, toutes les fois que l'abdomen sera très distendu, soit par des gaz, soit par du liquide, comme dans les hydropisies, soit encore par un corps solide, comme une tumeur fibreuse, un fœtus, etc., si la

respiration est très gênée dans ce cas, il faudra bien se garder de considérer cette gêne comme le résultat de l'affection des organes respiratoires, puisque le refoulement du diaphragme, produit par les causes que nous venons d'exposer, l'impossibilité qu'il éprouvera à se baisser, expliqueront suffisamment la gêne de la respiration. Indépendamment de ces règles générales, qu'on pourrait je pense multiplier, il est une multitude de circonstances de détail qu'on ne peut pas prévoir, et qui aident puissamment le diagnostic.

Il ne faut cependant pas ajouter une confiance illimitée aux moyens que nous venons de donner, et quoique ces moyens paraissent simples et clairs, ils ne sont pas infaillibles. Remarquez que nous ne les donnons que comme des probabilités : en effet, rien n'empêche qu'il n'y ait en même temps plusieurs organes affectés, et alors qui empêchera que, dans notre premier exemple cité, il n'existe avec l'inflammation de la plèvre ou du poumon, une péricardite, ou une autre maladie du cœur? Qui empêche que dans le second il n'existe réellement une maladie thoracique? Alors, certes, le diagnostic devient plus difficile, mais on y parvient cependant à l'aide des signes caractéristiques des maladies.

Dans ces derniers temps, bien qu'on ait beaucoup parlé des sympathies, qu'on leur ait même fait jouer un rôle forcé, en leur attribuant beau-

coup de phénomènes qui ne leur appartenaient pas, on a cependant prétendu que les troubles des fonctions digestives étaient toujours le signe certain, infaillible de l'irritation gastro-intestinale; que l'état de la langue, par exemple, faisait toucher au *doigt et à l'œil* l'état de la membrane muqueuse gastrique. Nous croyons que ces assertions sont beaucoup exagérées.

De la faim.

L'augmentation de l'appétit est rarement un phénomène morbide : je l'ai cependant observé dans quelques maladies des organes digestifs, et dans des affections nerveuses. Ainsi dans quelques irritations de l'estomac il se manifeste quelquefois un appétit illusoire, que le médecin prudent se gardera bien de satisfaire. J'ai connu un jeune médecin d'une grande espérance, H. de Montgarny, atteint d'une affection organique du foie et du duodénum, qui l'enleva dans sa vingt-huitième année, lequel était souvent en proie à une faim dévorante. Ce besoin se faisait sentir par des tiraillements, des pesanteurs insupportables dans la région épigastrique; et tous ces accidents cédaient par enchantement lorsqu'il avait introduit une certaine quantité d'aliments dans l'estomac. J'ai eu, avant et depuis lors, de nombreuses occasions de m'assurer que la faim excessive accompagnait fréquemment les maladies organiques des

voies digestives, et particulièrement celles du ventricule.

La faim est un signe ordinaire de la présence des vers dans le canal intestinal. Si un individu éprouve des coliques, des pincements sur des points variés du canal alimentaire, s'il maigrit et pâlit sans pertes suffisantes, et en mangeant au-delà de l'ordinaire, on peut soupçonner qu'il existe des vers dans les intestins; mais la seule présence de ces animaux dans les matières fécales doit être considérée comme le signe pathognomonique de leur existence.

L'augmentation de l'appétit est un phénomène bien plus fréquent encore dans les maladies nerveuses, et principalement dans l'hystérie. J'ai eu long-temps dans mes salles une fille, nommée Lhermina, qui engloutissait tous les jours une énorme quantité d'aliments. Cette faim n'était pas continuelle, elle revenait par intervalles. Se trouvant un jour chez une dame dont elle recevait des bienfaits, elle fut prise subitement de sa faim dévorante : dans ses accès elle se portait quelquefois à de cruelles extrémités; elle était dans un délire tel qu'elle eût mordu tout ce qui l'approchait. Elle portait même sur ses bras et sur ses mains les marques de ses propres morsures. On ne trouva rien de mieux pour l'apaiser ce jour-là que de lui livrer la soupe de vingt-quatre convives qui étaient attendus. Cette fille était hystérique; elle présentait

beaucoup d'autres signes de cette maladie, et de plus elle n'offrait aucun symptôme de lésion organique. Elle était cependant atteinte quelquefois d'hématémèse supplémentaire; et je pense que si ces accidents eussent persisté, elle eût fini par être affectée d'un cancer de l'estomac. L'histoire détaillée de cette espèce de boulimie, recueillie avec soin par M. Calmeil, a été insérée dans le *Nouveau Journal de Médecine.*

L'augmentation de la faim n'a pas seulement lieu dans l'hystérie, on sait que les aliénés mangent souvent avec excès; on doit en dire autant des hypochondriaques.

Dans le prodrôme des affections aiguës, l'appétit s'accroît quelquefois d'une manière remarquable long-temps avant l'invasion de la maladie.

Toutes les fois qu'il y a dans l'économie des pertes abondantes à réparer, occasionées soit par un exercice violent, soit par toute autre cause, la faim excessive ne peut être considérée comme morbide. Il en est de même de la faim des femmes enceintes, et de celle que produisent les excitants naturels de la digestion, tels que les boissons spiritueuses, les aliments épicés, l'impression du froid sur la peau, etc.

La diminution de l'appétit se montre dans presque toutes les maladies, et, sans être partisan des causes finales, on ne saurait trop s'étonner de cette espèce de sollicitude de la part de la nature. Ce dé-

faut d'appétit ne semble-t-il pas nous convier à l'abstinence des aliments, ou plutôt nous la prescrire ; et lorsqu'on sait que cette abstinence est un des plus puissants moyens d'activer l'absorption interstitielle, c'est-à-dire de favoriser la résolution de tous les engorgements, de toutes les congestions, ne doit-on pas trouver merveilleuse l'espèce de précaution que nous signalons ici ?

La diminution, et même l'absence complète de la faim, est le symptôme qui accompagne le plus communément les maladies des organes digestifs. L'estomac ne peut être malade sans que l'appétit diminue ; bien entendu que nous faisons abstraction des cas très rares dont nous venons de parler tout à l'heure. L'irritation de l'estomac, l'embarras gastrique, dont nous admettons encore l'existence, les douleurs qu'on ne peut attribuer qu'à une altération du système nerveux, enfin les dégénérescences organiques de toute espèce, les squirrhes, les fongus, les cancers ulcérés, etc., produisent ce symptôme, qui est d'ailleurs beaucoup plus marqué dans les maladies aiguës, et surtout dans leurs premières périodes, que dans les maladies chroniques, et vers le déclin de celles qui sont aiguës. Les affections du reste du conduit alimentaire produisent aussi l'anorexie, mais moins sûrement que les précédentes. Au reste tous les viscères renfermés dans l'abdomen font taire l'appétit plus ou moins directement. Il en est de même des maladies de tous

les organes, et cette circonstance ôte à l'inappétence presque toute sa valeur comme signe diagnostique. C'est un phénomène général, ainsi qu'il en existe beaucoup dans l'économie animale. Le défaut d'appétit, se manifestant dans la généralité des maladies, a fourni l'un des plus puissants arguments à ceux qui pensent que dans ces cas l'estomac est toujours malade ; qu'il n'existe qu'une seule affection, la gastrite primitive ou consécutive. Mais depuis, l'ouverture des corps ayant fait voir que, dans la majorité des affections, l'estomac était parfaitement sain, ou si légèrement altéré relativement aux autres organes qu'on ne pouvait pas le considérer comme la principale cause des désordres et de la mort, il a bien fallu reconnaître que les autres organes pouvaient être primitivement malades, et occasioner la mort sans le concours du ventricule. Ce n'est pas que nous pensions que dans l'inappétence, même sympathique, il n'y ait aucune lésion dans les organes digestifs ; d'après notre manière de voir cela n'est pas possible : mais ces lésions légères, fugaces, ne laissant après elles aucunes traces, ne sont point encore tombées sous nos sens.

On observe dans quelques maladies du système nerveux une véritable dépravation de l'appétit. Ce phénomène se montre principalement dans la chlorose, l'hystérie, l'aménorrhée, le délire

aigu ou chronique, et quelquefois aussi dans la grossesse.

De la soif.

La soif, sous le rapport du diagnostic local, a tout aussi peu de valeur que l'anorexie; mais il n'en est pas de même comme phénomène sympathique. Son augmentation est un des signes les plus certains de l'existence d'une irritation, et son intensité est presque toujours en rapport avec le degré de cette irritation. Ce phénomène général devient ainsi un des plus sûrs moyens de juger de la violence d'une inflammation, par suite, du mode de traitement qu'il convient d'employer, et du pronostic qu'on doit en porter. Dans la plupart des phlegmasies, mais surtout dans les phlegmasies des voies digestives, la soif se manifeste; elle se montre aussi dans les inflammations des organes respiratoires, de la peau, etc. Quoique généralement proportionnée à la violence de l'inflammation, la soif est cependant plus vive dans les premières périodes des maladies que vers leur terminaison; et il est des cas où, bien que l'inflammation soit des plus intenses, la soif est presque nulle, et les malades ont même de l'aversion pour les boissons; ce qu'on ne peut attribuer qu'à un état particulier du cerveau, à une espèce de délire.

Lorsque la soif augmente dans les maladies chro-

niques, on doit penser qu'il survient une irritation dans quelque organe.

La soif doit faire reconnaître les inflammations latentes.

Elle peut survenir dans la phthisie, et elle accompagne fréquemment les hydropisies, le diabétès, etc.

Elle est souvent provoquée par l'usage de remèdes salins, par celui des boissons alcoholiques, par les aliments épicés, par des sueurs abondantes, par la chaleur et la sécheresse de l'atmosphère; dans ces derniers cas, elle n'annonce qu'un état physiologique.

La soif, quoique considérable, est parfois accompagnée de l'horreur des liquides. Ce signe, auquel on donne le nom d'hydrophobie, est un de ceux qui caractérisent la rage : dans ce cas, il existe en même temps un spasme du pharynx qui empêche la déglutition ; mais il n'est pas toujours nécessaire que cette maladie aît été communiquée par un virus contagieux. On a observé l'hydrophobie spontanée, et même, au rapport des auteurs, avec désir de mordre, dans la folie, la mélancolie, l'hystérie, et dans certains délires.

On remarque dans le désir des boissons des perversions analogues à celles de la faim; bien des filles chlorotiques boivent du vinaigre, par exemple; mais ces dépravations sont moins fréquentes que celles de la faim.

La soif est quelquefois nulle, ce qui annonce ou

qu'il n'y a pas d'irritation, que celle-ci a cessé, ou que, si l'irritation persiste, le délire ou le collapsus empêchent le désir des boissons.

Par quel mécanisme le désir des boissons se développe-t-il? Comment se fait-il, même dans l'état physiologique, que le besoin de réparer les fluides de l'économie, ce qui est un besoin général, se fasse sentir seulement dans la bouche et dans le pharynx? Pourquoi, de même que la faim, le besoin des liquides n'a-t-il pas son siége dans l'estomac, et pourquoi encore le désir des aliments se fait-il éprouver dans le ventricule? Ce sont là sans doute de ces faits de l'organisme dont il nous est impossible d'assigner la véritable cause. Toutefois l'on peut dire que la perte des fluides par la perspiration cutanée et pulmonaire, ou par les autres excrétions, détermine nécessairement une absorption plus active, et partant plus de sécheresse sur la membrane muqueuse des voies digestives; que cette sécheresse devient perceptible à l'origine de ces voies; que lorsque, par un état de maladie, la même disposition a lieu sur cette membrane, la soif aussi se manifeste; que cette disposition existe directement dans les irritations de ces organes, ce qui se conçoit aisément; et qu'elle y naît aussi consécutivement, ce qui est plus difficile à expliquer.

Des dents et des gencives.

Les dents sont sujettes à un certain nombre de

maladies particulières qu'il n'est pas de notre sujet de décrire. Mais si leur blancheur, leur solidité, leur bonne conservation décèlent généralement le bon état des organes digestifs, on doit bien penser que leur carie, leur ébranlement, et les enduits plus ou moins adhérents qui les couvrent, doivent dénoter une altération plus ou moins profonde des mêmes organes.

Dans les irritations gastro-intestinales, et même dans celles des voies aériennes, les dents se couvrent d'un enduit gris ou blanchâtre ; cet enduit devient noir lorsque la maladie fait des progrès, ou que sa marche revêt le caractère adynamique. Dans les irritations primitives ou consécutives du cerveau et de ses membranes, les dents deviennent quelquefois sèches et lisses ; elles s'ébranlent dans le scorbut; paraissent s'alonger dans les maladies qui produisent un grand amaigrissement. Elles contractent une sensibilité qui ne leur est pas naturelle dans quelques maladies nerveuses.

Le grincement des dents est un état physiologique chez quelques individus ; mais en général il est un signe de la présence des vers dans les intestins, ou le précurseur de convulsions et de délire ; il dépend alors d'une altération du cerveau.

Le claquement des dents se remarque dans le frisson des fièvres intermittentes, et dans celui qui précède toutes les maladies aiguës; on l'observe aussi dans les mêmes circonstances que le grincement.

Outre les maladies particulières qui affectent les gencives, ces parties peuvent être le siége de quelques phénomènes séméiotiques. Elles se gonflent, deviennent rouges, livides, saignantes dans le scorbut. Une remarque que j'ai faite à l'hospice de la vieillesse, c'est que lorsque les dents sont tombées depuis long-temps, et que les gencives sont devenues calleuses par la mastication, elles ne se boursouflent plus dans le scorbut, à quelque degré qu'il parvienne, et même si l'une des mâchoires est dégarnie de dents depuis long-temps, tandis que l'autre conserve les siennes, les gencives de cette dernière seule se gonflent, et les autres conservent leur état habituel. Le gonflement des gencives est quelquefois le résultat du traitement mercuriel. Elles perdent leur couleur rosée, deviennent pâles dans la chlorose, et dans quelques maladies chroniques; elles diminuent de volume dans les mêmes affections. Ces derniers signes sont d'une moindre valeur que les précédents.

De la langue.

La fréquence des affections gastriques, la fréquence plus grande encore des maladies étrangères à l'appareil digestif, et qui exercent sur la langue une influence notable, font de cet organe l'un de ceux qui fournissent le plus de signes au médecin. Tous ces signes sont cependant loin d'avoir une valeur égale, et l'importance en a été fort exagérée,

ainsi que celle d'une multitude d'autres. Quoi qu'il en soit, les aspects divers que la langue revêt dans les maladies nous fournissent des lumières précieuses qu'on ne saurait recueillir avec trop de soin. L'état naturel de la langue est connu de tout le monde; mais ce dont le médecin ne doit pas négliger de s'informer, c'est l'état habituel de cet organe chez la personne à laquelle il donne ses soins. La négligence de ce précepte peut l'entraîner dans des erreurs graves de diagnostic, de pronostic et de traitement. Je connais une dame chez laquelle la langue est, dans l'état de santé, habituellement recouverte d'un enduit d'un blanc jaunâtre; lorsqu'elle devient malade, et lorsqu'elle est affectée d'irritation gastrique, à laquelle elle est sujette d'ailleurs, la langue se nettoie. Il est des individus dont la langue est sèche et brunâtre le matin, ce qui provient de ce qu'ils dorment la bouche ouverte. Il m'est arrivé, étant élève, de croire reconnaître, et d'annoncer au médecin chargé du service de l'hôpital, une maladie grave, qui n'était, quelques moments plus tard, qu'une légère indisposition. Il en est d'autres qui conservent ordinairement une couleur noire à la base de la langue; ce sont principalement des vieillards. Enfin, avant de porter son jugement sur l'état de la langue, il ne faut pas oublier que certaines substances alimentaires ou médicamenteuses altèrent sa couleur. Le vin pur, les extraits de quinquina, de genièvre, de gentiane; la

thériaque, le diascordium, le chocolat, etc., lui donnent une teinte plus ou moins brune ou noirâtre, qui peut facilement en imposer à l'observateur peu attentif.

Un médecin qui occupe aujourd'hui à la faculté de médecine un rang honorable fut atteint, il y a environ dix ou douze ans, d'une de ces affections thoraciques qui ont si souvent menacé son existence. Ayant été le voir vers la fin de sa maladie, il me pria d'examiner sa langue; je fus d'abord frappé de l'enduit brun qui la couvrait; le malade me regardait d'un œil observateur, et je tâchai de ne rien laisser paraître de l'impression que je recevais; mais ayant bientôt examiné les autres fonctions, et reconnu qu'elles étaient en bon état, et surtout la circulation, je conclus en moi-même que ce signe n'était pas en rapport avec les autres, et que seul il ne pouvait être d'aucune valeur. Me défiant alors de sa réalité, je demandai au malade s'il n'avait rien pris qui pût lui colorer ainsi la langue, il m'avoua aussitôt qu'il avait mangé du chocolat, et ce fut encore une leçon de clinique que je reçus de lui. On peut en conclure les deux propositions déjà émises : c'est-à-dire qu'il est bon de se tenir sur ses gardes contre la coloration accidentelle de la langue, et d'une autre part, qu'un signe isolé n'est d'aucune valeur.

Les changements que présente la langue dans l'état pathologique appartiennent à cet organe lui-

même, primitivement dépendant de l'altération des parties voisines, ou enfin d'organes plus éloignés. Parmi ces derniers, il est bien vrai de dire que les maladies de l'appareil digestif s'y peignent en traits caractéristiques ; mais ce qui n'est pas moins exact, c'est que les maladies des poumons produisent les mêmes effets d'une manière aussi rigoureuse. Dans ces maladies la langue change de couleur, se couvre d'enduits variables tout aussi bien que dans celles du canal alimentaire.

Les signes tirés de la langue étant bien plus souvent sympathiques qu'idiopathiques, il est évident qu'ils doivent être bien plus utiles au pronostic qu'au diagnostic.

La langue augmente de volume dans la glossite, dans l'angine, dans la variole, dans le muguet ; ce volume est quelquefois tel que la suffocation en devient imminente. Dans quelques maladies du cerveau accompagnées de coma, la langue paraît prendre un volume considérable.

Cet organe diminue de volume par l'effet d'un amaigrissement porté à un très haut degré.

Dans les maladies aiguës, la langue paraît être quelquefois plus petite que dans l'état naturel; elle est alors en même temps sèche, rude, pointue, rouge, elle sort avec peine de la bouche, ce qui annonce une vive irritation accompagnée de concentration ou de diminution réelle des forces. Cet

état se montre ordinairement dans les affections du cerveau.

Mais les mouvements de la langue étant sous l'influence directe de ce viscère, lorsqu'ils présentent quelques dérangements, ils indiquent d'une manière positive qu'il existe une altération locale dans l'encéphale. Quel est l'endroit qu'occupe cette altération? Quelle est son étendue, etc.? C'est ce qu'il n'est pas facile de déterminer encore, malgré les recherches de M. Foville et de M. Bouillaud sur ce sujet; nous y reviendrons en parlant de la paralysie; nous n'insisterons pas davantage sur cette matière, ne voulant pas la séparer de ce que nous avons à dire de la diminution ou de l'abolition des mouvements.

Le tremblement de la langue est le signe d'une profonde faiblesse ou d'une irritation de l'encéphale.

Dans les maladies locales du cerveau, la langue est-elle entraînée du côté de la paralysie, ou du côté opposé? Comment s'opère cette traction? C'est aussi ce que nous examinerons plus tard.

La langue, avons-nous dit, se couvre parfois d'une éruption connue sous le nom d'aphthes. Ces aphthes sont la plupart du temps un signe de l'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, quoiqu'on les ait observés dans les inflammations chroniques de l'appareil respiratoire.

Dans les maladies la langue conserve son humi-

dité ou devient sèche. Cette sécheresse elle-même varie. La langue est sèche, unie, lisse, brillante, ou rude, âpre au toucher, fendillée, gercée; cet état de la langue annonce une irritation d'autant plus violente des organes gastriques, pulmonaires ou autres, que cette sécheresse est plus prononcée. La cause prochaine de cette sécheresse est absolument inconnue, comme celle de la suspension des autres sécrétions et exhalations; et nous pensons que c'est une erreur ou du moins une conjecture hasardée que de l'attribuer à *l'excitation forte et partielle des vaisseaux absorbants*, ou à un *spasme qui ferme les conduits ou les pores inorganiques sécrétoires*, ou même *à une très grande faiblesse dans les vaisseaux qui les empêche de vaincre la résistance de ces pores ou tubes*. Les gerçures et les crevasses de la langue étant le plus haut degré de sécheresse, elles indiquent aussi la plus grande intensité de l'irritation, surtout dans la première période des inflammations, lorsque l'individu n'a pas encore été affaibli par le traitement antiphlogistique.

Les enduits de la langue épais, poisseux et adhérents, quelle qu'en soit la couleur, dénotent en général une gastro-entérite profonde, ou une inflammation du poumon; on les observe aussi, mais plus rarement, dans les autres phlegmasies.

Dans l'ictère et la chlorose, l'enduit de la langue devient jaune ou même verdâtre. Enfin lorsqu'il y a faiblesse directe ou concentration des forces, l'en-

duit de la langue devient brun ou même noir. La couleur de la langue dépend ordinairement des enduits qui la couvrent. Une langue nette et très rouge annonce une inflammation très violente. Une telle inflammation a son siége le plus ordinaire dans l'estomac et les intestins, quoiqu'on observe la même chose dans les angines, les péripneumonies, les inflammations de la peau, etc. La langue rouge, lisse, sèche, luisante, se montre souvent vers la fin des maladies aiguës, et quelquefois dans celles de long cours. Dans ce dernier cas on doit regarder ce phénomène comme le signe d'un nouvel état inflammatoire qui se développe.

La consistance ligneuse de la langue s'observe assez fréquemment; elle nous a toujours paru accompagner une irritation fortement prononcée.

Les signes pronostics que cet organe fournit sont au moins aussi nombreux que ceux que nous venons d'exposer, et doivent être rangés parmi ceux qui donnent les prénotions les moins sujettes à erreurs.

De l'arrière-bouche et de la déglutition.

La cavité de la bouche est souvent le siége d'altérations qui résultent de la maladie même de ces parties, ou qui y sont développées par une cause éloignée.

Le voile du palais, ses piliers, les amygdales, la luette, la face interne des joues, l'entrée du

pharynx, augmentent de volume dans les inflammations dont ils sont le siége ; cette inflammation peut être primitive, ou consécutive, par exemple, à la maladie syphilitique ; cette augmentation de volume a lieu aussi dans le cancer de ces organes, dans leur infiltration. Ils rougissent, et se sèchent dans les angines ; ils se couvrent souvent d'enduits blancs, grisâtres, puriformes, qui ne sont que le résultat de l'exsudation de la membrane qui les tapisse, ou qui peuvent être produits par la gangrène. Dans ce dernier cas, ces parties exhalent une odeur très fétide ; des aphthes les envahissent assez fréquemment, et particulièrement les amygdales, lorsqu'elles sont fortement enflammées. Enfin il est commun d'y voir s'y former des abcès et des ulcérations.

Lorsque la déglutition a subi quelques dérangements, il faut interroger les organes qui l'exécutent ; car si l'on observe ces dérangements dans des maladies dont le siége est éloigné, ils sont bien plus souvent le signe d'une altération locale.

Il est rare que la déglutition soit accélérée, cela a cependant lieu dans quelques névroses.

Il est bien plus fréquent que la déglutition soit difficile et douloureuse; cette difficulté accompagne en effet une multitude de maladies, au premier rang desquelles il faut placer l'inflammation, comme l'une des plus fréquentes. Ainsi l'inflammation de la langue, du voile du palais, des amygdales, du

pharynx, du larynx même, à cause de la compression exercée par les matières ingérées, ou par la contraction musculaire; celle de l'œsophage, les aphthes, les abcès, les ulcérations de ces parties, produisent nécessairement cet effet. Le gonflement œdémateux, ou squirrheux de ces organes; leur paralysie, et quelquefois leur état spasmodique; leur compression mécanique, occasionée par une tumeur développée dans le voisinage du pharynx et de l'œsophage; tumeur qui peut être scrofuleuse, squirrheuse, anévrysmatique, etc., donnent lieu au phénomène dont nous parlons. Dans ce dernier cas il peut y avoir impossibilité complète de la déglutition. J'ai été dernièrement témoin d'un spectacle bien douloureux. Une femme qui avait subi l'amputation du sein fut prise d'une gêne dans la déglutition sans signe de réaction. La circonstance commémorative dont je viens de faire mention me fit penser qu'il existait une tumeur squirrheuse qui comprimait l'œsophage. Cette femme, dans la force de l'âge, se portant d'ailleurs parfaitement bien, avait toute son intelligence, de sorte qu'elle put voir son état dans toute son horreur. Je dis dans toute son horreur, car l'obstruction étant devenue complète en peu de temps, il fut impossible d'introduire aucun aliment, aucune boisson dans l'estomac, pas même à l'aide de moyens mécaniques; de sorte que cette malheureuse mourut rigoureusement de faim, et même de soif, besoin bien plus

impérieux encore ; elle expira dans les tourments de Tantale ; et ce qui rendait sa position plus déplorable, c'est que les bains, les lavements nutritifs, et les autres moyens de l'art ne servaient qu'à prolonger son désespoir et ses douleurs.

Les auteurs ont établi une différence entre l'espèce de difficulté de la déglutition produite par l'inflammation et celle qu'occasione la paralysie. Ils ont prétendu que dans le premier cas les solides étaient plus difficiles à avaler que les liquides, tandis que l'inverse avait lieu dans le second. Ils ont donné pour raison que les corps solides produisaient dans l'inflammation une compression douloureuse que n'occasionaient pas les liquides ; et que, dans la paralysie, le bol alimentaire offrant quelque volume et quelque résistance n'exigeait pas, de la part des muscles, une contraction aussi forte que les liquides pour la déglutition. Mais ces explications physiologiques, très ingénieuses, ne trouvent pas leur confirmation dans l'expérience ; j'ai souven vu le contraire.

La déglutition est difficile dans les apoplexies, dans la plupart des affections cérébrales accompagnées de coma, vers la fin des maladies aiguës lorsqu'elles doivent se terminer d'une manière funeste ; dans ce dernier cas elle est le signe d'une faiblesse extrême. Les fluides, en tombant dans l'œsophage, font entendre un bruit alarmant.

Dans l'hydrophobie, il y a impossibilité d'ava-

ler, causée par un état spasmodique du pharynx et de l'œsophage, spasme qui fait que les malades à qui l'on ingère de force des liquides dans ces parties les repoussent d'une manière convulsive. J'ordonnai impérieusement à un homme frappé de la rage d'avaler un verre d'eau que je lui présentai; il me regardait d'un œil fixe; il prit le verre en tremblant, le porta à ses lèvres d'une manière convulsive vraiment effrayante, en introduisit dans sa bouche une gorgée qui fut à l'instant rejetée à une grande distance par un mouvement violent. Ce fut pour moi le signe caractéristique de la maladie. Cet homme mourut dans la nuit.

Nous ne terminerons pas cet article sans parler de la dépravation de la déglutition causée par l'alongement de la luette. Dans cet état cet organe, en titillant l'entrée du pharynx, fait éprouver la sensation d'une portion d'aliment, ce qui engage à opérer sans cesse des efforts inutiles de déglutition. Une autre espèce de perversion de cette fonction est causée par la destruction plus ou moins complète du voile du palais, ou même de la voûte palatine, disposition qui permet aux aliments de remonter dans les fosses nasales. Enfin dans quelques dispositions organiques difficiles à déterminer, mais surtout dans la paralysie du pharynx, les liquides s'introduisent dans les voies aériennes.

Du vomissement et des matières vomies.

Avant de parler du vomissement proprement dit, nous devons nous arrêter sur les nausées, c'est-à-dire le désir de vomir, efforts de vomissements avec un sentiment inexprimable de répugnance; sur les vomiturilions et la régurgitation, tous signes qui dénotent à peu près les mêmes altérations que le vomissement proprement dit, dont ils ne sont pour ainsi dire que les précurseurs. Ils se manifestent en effet dans les irritations gastriques, dans les cancers de l'estomac, dans les phlegmasies cérébrales, dans l'hystérie, l'hypochondrie, dans la grossesse, etc.

Les physiologistes, et en particulier M. Magendie, se sont beaucoup occupés dans ces derniers temps du procédé par lequel s'effectuait le vomissement. Cette fonction, généralement attribuée à la contraction anti-péristaltique des fibres musculeuses de l'estomac, parut à M. Magendie s'opérer différemment. Il pensa que les muscles abdominaux et le diaphragme, par leurs contractions, étaient pour beaucoup dans la production de ce phénomène. Pour le prouver il tenta diverses expériences ingénieuses, entre autres celle qui consistait à substituer une vessie de cochon à l'estomac. En remplaçant ainsi, par une poche inerte, la poche qu'on prétendait être l'organe actif du vomissement, si celui-ci avait lieu, il fallait rigoureusement con-

clure non pas que l'estomac ne servait à rien dans cet acte (ce que lui ont fait dire des critiques inattentifs, plus désireux de reprendre que de bien voir), mais que d'autres organes concouraient puissamment à le produire.

Ces expériences ne furent pas seulement réfutées, mais elles excitèrent les clameurs de quelques médecins, qui espérèrent faire parler d'eux, en critiquant amèrement M. Magendie, et toutefois y réussirent assez bien. Les uns lui citèrent l'exemple des oiseaux qui vomissent sans diaphragme ; les autres des observations pathologiques où le vomissement n'avait pas eu lieu, bien que le diaphragme et les muscles abdominaux conservassent leur contractilité, etc. Toutes objections très faciles à détruire, mais dont la discussion nous entraînerait trop loin. On peut voir le compte que nous avons rendu d'une partie de ces débats dans le *Nouveau Journal de Médecine*. On doit conclure de toutes ces discussions que l'estomac n'est pas seulement passif dans le vomissement, qu'il se contracte sensiblement, mais qu'il *est puissamment aidé* par le diaphragme et par les muscles abdominaux.

Une conclusion plus importante encore à tirer pour la pathologie des expériences de M. Magendie, c'est que puisqu'il produisait le vomissement en introduisant dans les veines des substances émétiques, ce n'était point en agissant sur l'estomac que ces substances faisaient vomir, mais bien en agis-

sant sur le cerveau ; le vomissement est déterminé par une excitation cérébrale, et non pas par une irritation de l'estomac, puisque, dans les expériences citées, il n'y a plus d'estomac, et le vomissement n'en a pas moins lieu. *Ce n'est donc pas en irritant l'estomac que les émétiques agissent*, puisqu'ils font vomir sans arriver sur l'estomac. Conclusion du plus haut intérêt dans l'état actuel de la science, puisqu'elle prouve que les émétiques n'irritent pas l'estomac, et que le vomissement peut avoir lieu sans cette irritation. Ce qui concourt à prouver encore cette dernière proposition, c'est que la vue de certains objets dégoûtants, certaines odeurs qu'on nomme nauséabondes, certaines saveurs, et même de simples souvenirs, suffisent pour provoquer le vomissement. Y a-t-il dans ces cas irritation de l'estomac? Les tubercules du cerveau donnent lieu à un vomissement opiniâtre, sans qu'il existe la moindre altération sensible dans l'estomac ; dira-t-on que l'irritation a disparu? La titillation de la luette produit le même effet. Concluons que le vomissement est un acte cérébral, le plus souvent déterminé, à la vérité, par l'état de l'estomac.

De ces considérations nous arrivons naturellement à reconnaître que le vomissement peut être idiopathique et sympathique. On admet aussi un vomissement critique, et un vomissement acritique.

Cet acte peut dépendre de l'action spéciale de cer-

taines substances sur le ventricule, d'une irritation aiguë ou chronique, d'une inflammation, d'un cancer de ce viscère ; d'un état nerveux particulier qu'il faut bien admettre ; enfin de l'action d'un organe qui exerce quelque influence sur lui.

Les phénomènes précurseurs du vomissement sont une céphalalgie frontale plus ou moins intense, le tremblement de la lèvre inférieure, le dégoût, le crachotement, la cardialgie, les nausées, les anxiétés, les vertiges, les étourdissements, etc.

L'acte en lui-même est facile ou difficile, douloureux ou indolent; lorsqu'il est difficile et douloureux, il annonce en général une irritation profonde de l'estomac. Cette distinction est surtout utile pour le pronostic et le traitement.

Le vomissement exaspère quelquefois les accidents qui existent ; cela arrive surtout dans les gastrites et dans les cancers avancés. Bien plus ordinairement il ne produit aucun effet ; et dans quelques circonstances il est suivi de la disparition plus ou moins rapide des accidents : on dit alors qu'il est critique.

Les matières vomies méritent surtout de fixer l'attention du médecin. On conçoit en effet que, sous le rapport de leur nature, il est loin d'être indifférent, sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, que ces matières soient simplement des aliments, des médicaments, ou qu'elles soient du sang ou du pus, etc.

Les vomissements de substances alimentaires peuvent avoir lieu dans une simple indigestion. Après avoir pris une quantité d'aliments plus grande qu'il ne peut la supporter, un individu en rejette une partie par le vomissement. Il est des gens qui provoquent ce vomissement ; personne n'ignore que le syrmaïsme était en usage chez les Romains. Le même effet peut avoir lieu par l'ingestion de substances réfractaires aux forces digestives. Enfin dans l'invasion de la plupart des maladies, la nature débarrasse l'estomac des aliments qu'il contient ; ce vomissement sympathique arrive principalement dans les maladies cérébrales. Lorsqu'un malade qui souffre déjà de l'estomac prend des aliments, alors le vomissement qui survient n'est pas seulement l'effet d'une indigestion, ainsi qu'il se l'imagine le plus souvent, mais bien celui de l'irritation gastrique déjà existante. Il est très important de distinguer ces cas.

Quand les matières vomies sont des médicaments, il faut faire attention si ces médicaments sont nauséeux, de nature à exciter le vomissement ou non ; car dans le premier cas le vomissement n'indiquera nullement l'état morbide de l'estomac, tandis qu'au contraire il en sera un signe presque certain dans le second.

Si les matières vomies sont des mucosités, le vomissement pourra dépendre d'une phlogose plus ou moins prononcée de la membrane gastrique,

ou d'une affection organique commençante, ou d'un état nerveux, de la gestation, etc.

Nous partageons bien l'avis des médecins qui regardent les vomissements bilieux comme dépendants d'une irritation gastrique, duodénale ou hépatique ; néanmoins cela n'est pas constant, et ce vomissement peut être aussi sympathique, nerveux ; il n'est pas démontré pour nous que le choléra-morbus soit une inflammation.

Les vomissements atrabilaires, auxquels les anciens ont ajouté un grande importance, ne doivent plus être admis aujourd'hui dans le sens qu'on leur donnait alors. Ces vomissements noirs nous paraissent dus à un mélange de sang avec les autres matières accumulées dans l'estomac : je doute fort que la bile puisse jamais prendre cette couleur.

Le vomissement de matières fécales est le signe pathognomonique de l'occlusion des intestins, qu'elle soit produite par une invagination ou par une oblitération morbide du canal, ou par un étranglement intérieur, par une hernie, à moins qu'une violente inflammation du péritoine n'y donne lieu.

Nous devons dire ici que nous ne croyons pas que l'invagination soit une maladie, du moins dans la plupart des cas. Nous avons ouvert un grand nombre de sujets chez lesquels il existait des invaginations considérables, et qui dans le vivant n'avaient rien éprouvé du côté des intestins.

Quant aux étranglements intérieurs, nous en avons observé des plus extraordinaires.

Le sang qui vient de l'estomac peut provenir d'une ulcération squirrheuse, d'une exhalation sanguine, de la rupture d'une artériole ou d'une veine; ou bien d'un sang apporté dans l'estomac par une autre voie. On distingue que le sang vient de l'estomac, lorsqu'il n'existe aucun symptôme vers la poitrine, qu'il n'y a point de toux, de gêne dans la respiration, de chaleur, ni de douleur dans aucun point, qu'il n'y a pas de palpitations, etc., et qu'au contraire il existe des douleurs à l'épigastre, de la tuméfaction, de la pesanteur, de la chaleur dans cette région, des signes de cancer de l'estomac, ou simplement de gastrite; que le sang vomi contient des matières alimentaires ou médicamenteuses, enfin qu'il est plus ou moins noir, et non écumeux. Il est rare, en effet, qu'il soit vermeil comme celui qui provient du poumon ou des bronches.

Ce qui rend le diagnostic très difficile dans ce cas, c'est qu'il existe en même temps affection gastrique et thoracique; il n'y a qu'une attention très soutenue, et un commémoratif exact qui puisse faire éviter l'erreur, qui d'ailleurs ne serait qu'une demi-erreur, puisque les deux organes seraient affectés.

L'hématémèse peut être idiopathique, symptomatique, critique, supplémentaire, etc. Les circonstances commémoratives et concomitantes doivent faire porter un diagnostic juste.

Le pus annonce nécessairement ou la suppuration des parois de l'estomac, ou l'ouverture d'un abcès éloigné dans l'intérieur de cet organe.

Les fausses membranes annoncent une irritation portée à un très haut degré, et parvenue à la deuxième ou troisième période ; les vers et les kystes portent avec eux leur signification. Quant aux calculs que les auteurs disent avoir rencontrés dans les matières vomies, leur formation échappe à notre explication; leur existence n'est point assez constatée dans l'homme, et le fût-elle, on pourrait bien penser que, dans bien des cas, ils sont venus du dehors.

Les autres qualités des matières vomies sont moins intéressantes pour le diagnostic, et la plupart ne servent qu'à éclairer sur leur nature, ou à donner quelques bases pour le pronostic.

Leur couleur, par exemple, fait reconnaître si les matières sont muqueuses, bilieuses, sanglantes, purulentes, etc. Il est cependant quelques nuances qui semblent appartenir plus particulièrement au cancer de l'estomac ; ainsi la couleur café au lait, mais surtout la couleur de suie, est un signe des plus positifs de cette maladie.

Une femme de quatre-vingt-trois ans, n'ayant jamais, disait-elle, éprouvé d'accidents vers l'estomac, réclama mes soins parcequelle ressentait, depuis *quelques jours seulement*, des nausées, des vomissements, de l'inappétence, peu de soif, une

légère douleur épigastrique, de la constipation; d'ailleurs il n'y avait pas d'amaigrissement; la peau n'était pas chaude, le pouls était peu dérangé, les autres fonctions saines. Je demandai les matières vomies, on les avait jetées; je palpai l'épigastre, et ne trouvai rien; je prescrivis les délayants et la diète. Je me retirais, lorsque j'aperçus sur les draps une tache large comme la main, et *noirâtre, fuligineuse;* je demandai si cette tache provenait des matières vomies, on me répondit affirmativement; je palpai de nouveau et avec plus de soin, et je reconnus une tumeur vers le foie. Voici donc un cas où la seule couleur des matières a fait éviter une erreur de diagnostic, qui aurait pu être d'autant plus dangereuse qu'on aurait pu prescrire un émétique, lequel n'aurait pas manqué d'exaspérer l'état de la malade; et comme cette malade succomba au bout de trois ou quatre jours, on aurait eu le regret de croire que l'on avait précipité sa mort. La seule couleur des matières vomies nous épargna tous ces dangers. La malade succomba, en effet, à un cancer de l'estomac. Nous dirons tout à l'heure comment il se fait que le vomissement peut n'avoir pas lieu dans cette maladie.

La consistance plus ou moins grande des matières vomies, leur odeur aigre, fétide, servent aussi à caractériser leur nature.

Il n'est pas indifférent que les matières soient

très abondantes, ou qu'elles le soient peu. L'abondance des matières désigne en général une maladie violente. Il n'est pas indifférent surtout que le vomissement soit continu, durable ou passager. Dans ce dernier cas, il dépend évidemment d'une maladie aiguë, qui peut se terminer par la résolution ; tandis que dans le premier il y a tout à craindre qu'il ne soit le symptôme d'une affection organique profonde. Le vomissement chronique est en général un des signes caractéristiques des maladies organiques de l'estomac. Nous avons cependant sous les yeux l'exemple d'une jeune fille très nerveuse, affectée, entre autres maux, d'un vomissement chronique qui ne paraît pas dépendre d'une altération organique.

Il peut arriver, avons-nous dit, que le vomissement n'existe pas; en voici les raisons : lorsque la maladie a son siége au pylore, l'ulcération peut faire de tels progrès, que cette ouverture se trouve même plus grande que dans l'état naturel; alors les substances ingérées dans l'estomac passent facilement dans les autres intestins. Il peut arriver aussi que l'estomac soit squirrheux dans toute son étendue, alors, quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la compression ou la contraction de ce viscère pour produire le vomissement, il se trouve, par l'effet de la maladie, également *incontractile* et incompressible, et le vomissement ne peut avoir lieu. Enfin, si la maladie a son siége au cardia ou sur le corps

de l'estomac, le pylore étant libre, il peut se faire que le vomissement n'ait pas lieu ; les aliments continuent à passer dans le duodénum comme dans l'état de santé.

Lorsque le vomissement est le signe d'une gastrite, la douleur locale, les phénomènes de réaction, l'invasion, la marche de la maladie, la font aisément reconnaître.

Les maladies de la peau sont quelquefois accompagnées de vomissements qui peuvent être idiopathiques, mais qui nous paraissent le plus ordinairement sympathiques.

Dans le tétanos, dans des accès d'épilepsie, d'hystérie, dans les affections thoraciques chroniques, dans la deuxième et la troisième période de la phthisie, dans l'apoplexie, dans les inflammations du cerveau et de ses enveloppes, pendant la dentition et la grossesse, etc., etc., on observe le vomissement. Dans tous ces cas, pour reconnaître si ce symptôme est idiopathique ou sympathique, il faut se diriger d'après les règles que nous avons tracées au commencement de cette section.

De la digestion intestinale, de la défécation et des féces.

Par les raisons énoncées plus haut, nous croyons inutile de dire quelles sont les conditions qui constituent l'état de santé des intestins et de leurs fonctions. Il est seulement bon de rappele

que certaines substances influent beaucoup sur les qualités des matières excrétées, et principalement sur leur couleur; elles prennent assez généralement la teinte des aliments ou des médicaments dont on fait usage. On ne doit tenir compte en séméiologie que des changements que les maladies leur font subir.

On a distingué des déjections critiques et des déjections acritiques ou symptomatiques. Les premières guérissent ou soulagent beaucoup les malades; les autres ne sont suivies d'aucun amendement.

On a regardé dans ces derniers temps tous les changements survenus dans les matières alvines et dans la défécation, comme un signe d'irritation intestinale; nous croyons que c'est une erreur. Ainsi, par exemple, les déjections sont suspendues dans les premières périodes de la plupart des maladies aiguës; ce phénomène est tout-à-fait analogue à la sécheresse de la peau, avec laquelle il coïncide dans cette circonstance; à moins qu'on ne s'avise de dire qu'il y a alors phlegmasie de la peau, je ne vois pas qu'on puisse dire qu'il y a phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale. Non pas que je nie que ce phénomène puisse arriver dans l'irritation des intestins, je pense au contraire qu'il en est un signe très ordinaire; mais je pense seulement que dans les cas dont je viens de parler, il n'en est point un; il annonce seulement une ir-

ritation quelconque d'un organe plus ou moins éloigné.

Il est d'autres circonstances où la constipation est bien moins encore le résultat de l'irritation ; je veux parler de celle qui arrive chez les vieillards, et que j'ai eu de fréquentes occasions d'observer.

Il est indubitable que l'âge n'apporte dans les organes des modifications profondes ; l'une des plus incontestables, c'est assurément celle qu'il détermine dans les organes de l'innervation. L'on sait que le cerveau durcit, perd de sa blancheur et de son volume par les progrès de l'âge ; les nerfs éprouvent des changements analogues ; ils sont moins volumineux et plus durs que dans l'enfance et la jeunesse. Ces altérations dans la texture des organes de l'innervation, sont parfaitement en rapport avec les altérations dans leurs fonctions. La sensibilité et la contractilité sont en effet prodigieusement diminuées, et cette diminution se fait principalement sentir sur les gros intestins et sur la vessie : alors se manifestent les incontinences ou les rétentions d'urine, et la constipation. L'on conçoit en effet, que si le canal alimentaire n'est plus irrité par la présence des matières fécales, sa contractilité, diminuée dans la même proportion, ne sera plus sollicitée par le séjour des matières alvines, lesquelles pourront s'accumuler indéfiniment. Certes, cette constipation n'est pas le résultat d'une irritation.

Cette constipation est loin d'être sans inconvénients ; elle finit par faire naître les accidents les plus graves.

Lorsque les matières alvines sont accumulées depuis long-temps, elles acquièrent une grande consistance par l'absorption des parties les plus ténues ; de plus leur volume devient tel qu'elles distendent l'intestin outre mesure, au point que je l'ai vu égaler quelquefois la tête d'un enfant. Alors la contraction du conduit intestinal devient impuissante. Qu'arrive-t-il ? c'est que ces matières finissent par agir comme de véritables corps étrangers ; elles déterminent d'horribles entérites accompagnées de tout leur cortége : tuméfaction du ventre, soif vive, inappétence, nausées, vomissements, congestions vers la tête ; pouls fort, fréquent ; respiration difficile ; gangrène des intestins, mort.

Cet état est d'autant plus dangereux, que les malades, affaiblis par l'âge, ne peuvent pas rendre compte de leur état. De plus, l'inflammation consécutive développée par la présence des fèces finit par donner lieu à une augmentation de l'exhalation muqueuse intestinale, laquelle dissout une certaine quantité de matières à leur périphérie ; ces matières liquides s'écoulent entre les parois de l'intestin et le pourtour des fèces, et donnent lieu à une sorte de défécation involontaire ; de manière que si l'on s'informe auprès des gens qui entourent

le malade de l'état des selles, ils ne manquent pas de répondre qu'il va en dévoiement, ce qui plonge inévitablement le médecin dans l'erreur. J'ai vu cette erreur produire un accident plus affreux peut-être que la gangrène des intestins. J'ai vu les intestins, distendus au dernier point, se déchirer, se rompre en travers, et les matières faire irruption dans le bas-ventre! Ce spectacle horrible est d'autant plus difficile à supporter, que si l'on eût reconnu la maladie, rien n'eût été plus facile que d'y remédier d'une manière mécanique, en allant à la recherche des matières au moyen d'une curette.

La constipation a lieu ordinairement lorsqu'il existe une excrétion considérable d'une autre nature. Elle survient dans la convalescence des maladies; elle succède souvent aux purgations plus ou moins fortes. Elle peut être un signe de l'altération de la moelle épinière; elle accompagne souvent la paraplégie; elle se manifeste dans l'hystérie, l'hypochondrie, la manie, l'apoplexie, etc. La constipation se montre dans le cancer de l'estomac et des intestins, dans les exanthèmes chroniques; je l'ai vue produite par la compression du rectum, sur lequel pesait une tumeur de l'utérus ou de l'ovaire. La colique de plomb l'occasione ordinairement. Enfin elle est complète, c'est-à-dire que le cours des matières fécales est entièrement suspendu, dans l'occlusion des intestins par une hernie étranglée, ou par une tout autre cause mécanique.

Elles prennent alors un cours rétrograde, et sont rejetées par le vomissement.

On voit par ce que nous venons de dire que la constipation est quelquefois sympathique, mais que bien plus souvent elle est le signe d'un état local des organes contenus dans le bas-ventre, et qu'il est extrêmement important, sous le rapport du pronostic et du traitement, de préciser le genre d'altération qui la produit.

Le cours des matières fécales est souvent accéléré dans les maladies ; alors elles sont plus liquides que dans l'état ordinaire, elles sont aussi plus abondantes et les déjections plus fréquentes. On a encore prétendu que l'augmentation de la sécrétion et des excrétions intestinales était toujours l'effet de l'irritation ; nous ne le pensons pas. Il est bien certain que dans la seconde et plus souvent dans la troisième période des inflammations de ces organes, cette excrétion devient plus abondante ; mais prétendre pour cela que ce phénomène soit toujours produit par la même cause, c'est ce que ne démontrent ni l'observation, ni l'expérience. Il est en général peu philosophique de croire que le même effet, en apparence, soit toujours le résultat de la même cause. Si, fréquemment entre les mains de la nature, un moyen unique et simple donne naissance à mille effets divers, ne sait-on pas aussi qu'un même effet est occasioné par mille moyens différents? Pour le sujet qui nous occupe, nous croyons

que, dans bien des circonstances, le dévoiement est l'effet de l'irritation de quelque portion du conduit alimentaire, mais que dans beaucoup d'autres il n'en est pas de même. Ainsi l'exhalation intestinale peut être augmentée comme toutes les autres exhalations par un excitant physiologique, comme les larmes, la salive, le sperme, qui deviennent plus abondants sans qu'il y ait inflammation des glandes lacrymales, salivaires, ou des testicules ; ou bien encore comme l'exhalation à la peau, la sueur, qui n'est certainement pas le signe de l'inflammation du tissu cutané. Ceci nous conduit à conclure, d'abord qu'il faut soigneusement distinguer ces cas, et d'une autre part, que le dévoiement arrivant sans inflammation préalable, beaucoup de substances appelées laxatives peuvent le déterminer sans produire l'irritation des intestins, ainsi qu'on l'a prétendu.

Je vais plus loin, je crois qu'il est certains états de la membrane muqueuse intestinale bien opposés à l'inflammation, et qui donnent lieu à des dévoiements très opiniâtres. La membrane dont nous parlons est pellucide, transparente, infiltrée d'une espèce de sérosité, comme œdémateuse. Elle me semble alors présenter la plus parfaite analogie avec l'infiltration du tissu cellulaire, et à moins de regarder celle-ci comme inflammatoire, je ne pense pas qu'on doive considérer celle-là comme étant de cette nature. Dans ce cas, les matières

muqueuses me semblent s'échapper pour ainsi dire mécaniquement, passivement, par l'affaiblissement extrême des glandes mucipares ou des autres organes chargés de cette exhalation. Si l'on dit que cet état a succédé à un état inflammatoire, on devra admettre qu'il ne doit plus être traité comme une inflammation, mais qu'il réclame un traitement opposé.

Ces deux points de constipation et de dévoiement, considérés comme signes d'irritation, étaient importants à éclaircir, dans l'état actuel de la science.

Dans l'invasion de la variole, on observe quelquefois une diarrhée assez abondante. Dans la péritonite ainsi que dans l'entérite, on observe également la diarrhée ou la constipation.

Le dévoiement se manifeste souvent vers le déclin des maladies aiguës, peu de temps avant la convalescence; il est un symptôme assez fréquent dans les hydropisies; chez les enfants il se montre avant et pendant la dentition; enfin il est peu de maladies qui ne puissent être accompagnées de diarrhée ou de constipation.

Un dévoiement excessif arrive souvent à la fin des maladies chroniques, telles que la phthisie; il dépend de l'ulcération des intestins, il épuise le malade, et le conduit à la mort : c'est le dévoiement colliquatif.

Le canal alimentaire est le siége de douleurs

très variables par leur siége, leur nature, leur intensité, etc. Ces douleurs, sur lesquelles nous aurons occasion de revenir, fournissent des données précieuses pour le diagnostic local des maladies intestinales, et pour quelques autres. Mais l'un des phénomènes diagnostiques les plus dignes d'attention que présentent les intestins, ce sont assurément les tumeurs qui peuvent survenir sur tous les points de leur étendue, qui peuvent être formées par des matières fécales accumulées, par des corps étrangers venus du dehors, par des gaz, par le déplacement d'un organe, par l'agglomération des intestins, par le développement d'un viscère quelconque, par la désorganisation profonde des parois intestinales, ou par l'altération de tout autre organe, par la dilatation et l'ossification des gros vaisseaux, etc., etc., qui peuvent se montrer dans toutes les régions de l'abdomen, être douloureuses, indolentes, mobiles, adhérentes, persistantes, disparaissant et reparaissant alternativement, molles, dures, volumineuses, etc.; tous caractères très propres à les faire distinguer, à faire reconnaître à quelles maladies elles appartiennent, et par conséquent à fournir un pronostic sûr et des indications curatives certaines. Nous reviendrons aussi sur cet objet intéressant.

Les gaz intestinaux méritent notre attention : on les attribuait autrefois à l'air introduit dans l'estomac avec les aliments, et au dégage-

ment qui pouvait résulter de la décomposition des matières alimentaires. On s'appuyait sur ce que certaines substances en développaient une plus grande quantité que d'autres ; en second lieu sur ce que le bol alimentaire devait contenir de l'air interposé entre ses molécules par la mastication, air nécessaire à l'acte digestif; mais il est facile de démontrer que ce ne sont point là les véritables sources des gaz intestinaux.

D'abord, il arrive bien souvent que dans les maladies, après une diète prolongée, le ventre se météorise; certes, il ne peut y avoir là décomposition d'aliments, puisqu'il n'y en a pas eu d'introduits. Dans les accès d'hystérie, on voit le ventre se tympaniser pour ainsi dire instantanément ; ce n'est pas là non plus le résultat de l'introduction des aliments. Il faut donc admettre qu'il se fait sur la surface de la membrane muqueuse des voies digestives une perspiration analogue à celle qui a lieu à la peau, et sur la membrane qui tapisse les voies aériennes. L'analogie des tissus, les procédés uniformes de la nature, tout concourt à faire regarder cette opinion comme démontrée. M. Gérardin a publié une thèse sur ce sujet.

Ces gaz peuvent être beaucoup plus abondants qu'à l'ordinaire, et s'échapper par la bouche ou par le rectum, produire des bruits particuliers dans l'abdomen, bruits auxquels on a donné le nom de *borborygmes*. Leur accumulation dans

les intestins peut être le signe d'une faiblesse extrême de ces organes qui ne peuvent plus se contracter pour les expulser. C'est ce qu'on observe souvent vers la terminaison fâcheuse des gastro-entérites, des péritonites, et même de phlegmasies plus éloignées. Dans le commencement des maladies le développement des gaz doit être considéré comme un signe d'irritation. On les observe ordinairement chez les personnes faibles et débiles, chez les valétudinaires, les convalescents, les enfants, les vieillards, les gens de lettres, les personnes nerveuses; en général chez toutes celles dont les organes gastriques ne jouissent pas d'une grande énergie; nous ne croyons pas que dans ces cas ils doivent être regardés comme l'effet d'une irritation.

On a observé un dégagement de gaz dans l'utérus, maladie qui a reçu le nom de tympanite de la matrice, et qui aurait bien dû faire voir que l'exhalation gazeuse n'était pas le résultat de l'ingestion des aliments. On peut en dire autant des gaz venus de la vessie et sortis par l'urèthre.

La défécation proprement dite, ou l'acte par lequel les matières alvines sont expulsées au dehors, fournit quelques signes au médecin. La défécation est difficile et douloureuse dans les maladies du rectum, dans le cancer de cet organe, dans les hémorrhoïdes, dans les tumeurs ou les ulcères syphilitiques ou autres, dans les abcès, les fistules

de ces parties, dans les affections vermineuses, enfin dans les inflammations aiguës de la membrane qui les revêt. Dans la dysenterie il existe des envies fréquentes d'aller à la selle avec efforts impuissants de rendre les excréments. Le ténesme peut aussi se montrer dans la dernière période des maladies chroniques, dans le cancer de la vessie, etc.

La défécation involontaire sans que le malade en ait la conscience annonce une affection cérébrale primitive ou consécutive, le délire, une maladie de la moelle épinière, ou bien un état voisin de l'agonie, une prostration extrême des forces.

La défécation involontaire peut aussi arriver dans la plupart des affections locales du rectum, lorsque le malade, malgré ses efforts, ne peut retenir ses excréments, ou dans un besoin très impérieux d'aller à la garde-robe.

Les matières excrétées nous éclairent beaucoup sur l'état des fonctions intestinales et des organes qui concourent à ces fonctions.

Relativement à leur nature, elles sont le résidu de matières alimentaires plus consistant, ou plus mou que dans l'état naturel; ces deux qualités peuvent être portées à l'excès. Les matières ne sont quelquefois que de l'eau claire, d'autres fois elles ressemblent à une solution de gomme dans du blanc d'œuf; elles sont presque constamment dans ce cas le résultat d'une irritation des intestins. Les auteurs ont

prétendu qu'elles pouvaient contenir du chyle (flux cœliaque) ; il est bien probable que ces observations ne sont pas exactes, et que l'on ne doit y ajouter qu'une confiance médiocre : mais elles sont souvent de bile pure ; et l'on y rencontre des aliments à demi digérés lorsque les organes gastriques sont affaiblis par des excès antérieurs, c'est la lienterie. La présence du sang atteste en général un état inflammatoire, surtout lorsqu'il est en stries ou fondu uniformément dans les mucosités : lorsqu'il est pur, liquide ou caillé, il peut être le signe d'une exhalation sanglante primitive, consécutive, critique, symptomatique, supplémentaire, active ou passive, ou le résultat de la rupture de quelque tumeur hémorrhoïdaire, ou de celle d'un vaisseau artériel ou veineux, s'ouvrant dans les intestins, d'une ulcération, etc. Enfin, lorsqu'elles sont purulentes, il est impossible de révoquer en doute l'existence d'une inflammation des intestins, ou de quelque partie plus ou moins éloignée, mais dont le pus se sera fait jour jusque dans l'intérieur de ces organes.

La consistance des excréments peut être gazeuse, liquide, ou solide. Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons déjà dit des gaz qui peuvent varier par leur odeur, aussi bien que par leur quantité ; nous dirons seulement que dans quelques maladies, et notamment dans le cancer de l'estomac, et dans la colique des plombiers, les

matières alvines sont très consistantes, noirâtres, ramassées en petits pelotons comme celles des brebis, *ovillées*. Lorsqu'elles sont liquides, elles peuvent ressembler à une purée homogène, ou à de l'eau. Les excréments liquides qui ont lieu dans le carreau semblent appartenir à une irritation chronique des intestins.

Il n'est certainement pas indifférent que les évacuations soient excessives, moyennes ou presque nulles ; mais cela est plus important pour le pronostic que pour le diagnostic des maladies.

Il est assez important de remarquer la couleur des fèces, parcequ'elle éclaire sur leur nature, et peut indiquer à quelle maladie elles appartiennent. Elles sont blanches, grises, jaunes, safranées, rouges, verdâtres, brunes, noires. J'ai eu souvent occasion de remarquer dans les intestins d'individus qui avaient succombé à des entérites violentes, une matière jaune, safranée, principalement dans l'iléon et le jéjunum; c'est un signe assez sûr d'une très violente inflammation. J'ai aussi remarqué des matières grises pultacées dans les gros intestins, dans les intestins grêles, dans le duodénum, de gens morts dans une période avancée d'entérite : la membrane muqueuse est alors d'un rouge vif, épaissie sensiblement. Les selles sont rouges lorsqu'elles sont sanglantes ; et je crois que leur couleur brune ou noire est aussi due, dans la majorité des cas, à la présence d'une certaine quantité

de sang qui a séjourné quelque temps dans les intestins.

La fétidité plus ou moins grande des excréments donne lieu à quelques signes pronostiques, mais n'éclaire nullement le diagnostic, ou du moins très peu.

De nos jours on néglige beaucoup les signes fournis par les matières alvines. D'après ce que nous venons de dire on doit voir cependant combien on peut obtenir de signes utiles de leur observation attentive. Diagnostic local et général, pronostic, traitement, tout peut en recevoir les lumières les plus précieuses. On a donc tort de s'en rapporter, sur ce sujet, au dire des malades, ou des personnes qui les entourent. La répugnance qu'inspire un pareil examen est honteuse pour un médecin ami de l'humanité; son ministère est d'autant plus grand, plus élevé, plus noble, qu'il faut plus de courage et de dévouement pour le remplir. Lorsque le but est la conservation de l'homme, rien ne saurait être indigne de la sollicitude de l'homme.

§ II. Phénomènes morbides de l'appareil circulatoire, considérés comme signes diagnostiques.

Il est peu d'affections, avons-nous dit, dans lesquelles la circulation ne présente quelques troubles, c'est dire assez que les signes que

nous donne cette fonction sont bien plus souvent sympathiques qu'idiopathiques ; la proportion des premiers aux seconds est celle de toutes les maladies des autres organes aux seules maladies du cœur et de ses dépendances. Les phénomènes circulatoires étant le plus souvent sympathiques , il s'ensuit qu'ils nous sont bien plus utiles pour le diagnostic général, tel que l'appréciation des forces, pour le pronostic et les indications de traitement, que pour le diagnostic local.

Nous n'ignorons pas que bien des médecins prétendent encore de nos jours, que le pouls présente un caractère particulier selon l'organe malade; mais nous croyons peu philosophique d'ajouter une grande importance à ces distinctions, et celui qui fonderait son diagnostic sur des signes de ce genre s'exposerait à de fréquentes méprises. Il n'y a pas long-temps encore, un observateur a prétendu que le pouls présentait toujours le même caractère dans les maladies cérébrales, et principalement dans les ramollissements du cerveau ; de pareilles assertions ne méritent pas d'être réfutées sérieusement. Pour peu qu'on ait eu occasion d'observer des malades , on doit s'être aperçu que le pouls variait dans la même maladie suivant l'époque où elle se trouvait, suivant l'instant du jour, suivant que le malade était ou n'était pas dans le paroxysme, suivant les remèdes qu'on

mettait en usage, etc., etc.; ainsi, cette prétention ne peut être que celle de l'ignorance ou de l'irréflexion.

Un travers bien autrement condamnable, c'est de faire tourner cette prétention de connaître toutes les maladies par le pouls, à l'avantage de sa réputation et de sa fortune.

J'ai connu un médecin qui ne manquait jamais de s'informer, auprès des gens qui entouraient un malade, des phénomènes que celui-ci avait éprouvés pendant son absence, et qui venait ensuite débiter au malade lui-même, après lui avoir tâté le pouls d'un air mystérieux, tout ce qu'on venait de lui raconter. On peut juger de la vénération qu'un talent aussi merveilleux lui attirait de la part de ses clients; j'ai été plusieurs fois témoin de cette conduite de sa part.

M. Landré-Beauvais, désirant avoir l'avis de quelque confrère dans une maladie grave, demanda une consultation; le médecin dont nous parlons fut désigné. M. Landré-Beauvais, avant de l'introduire auprès du malade, mit son confrère au courant des symptômes qui s'étaient présentés depuis l'invasion de la maladie. A peine ce nouveau médecin fut-il auprès du malade, qu'il lui saisit la main d'un air solennel, et après un moment de méditation profonde, il lui débita d'un ton prophétique, et en présence de son confrère, tout ce qu'il venait d'apprendre. Cette conduite

lui fut vivement reprochée après la consultation ; mais est-il quelques reproches qui puissent toucher ces hommes sans pudeur ? Ce médecin, dont M. Fizeau fut long-temps le disciple et le protégé, s'appelait Agathange Le Roy. Aujourd'hui, nous ne lui devons plus que la justice : le temps des égards est passé. C'est ainsi qu'il surprenait la confiance de ses malades.

Qui croirait que M. Double, dont la délicatesse ne saurait être contestée, ait pu donner une pareille conduite en précepte dans son ouvrage sur la séméiologie (1)? A la vérité, l'auteur a soin de dire que la confiance ainsi acquise doit être tournée au profit du malade ; mais qui ne sent tout ce qu'une pareille manière d'agir a d'inconvenant?

Les médecins chinois, japonais et cochinchinois, jugent tous les phénomènes des maladies par l'état du pouls, dont ils ont fait d'innombrables distinctions ; mais cette manière d'agir ne peut être de leur part que le résultat d'une aveugle prévention, à moins qu'on ne les suppose tous des charlatans, des imposteurs.

Les données acquises par l'exploration du pouls seront surtout précieuses pour l'appréciation des forces du malade, et pour faire reconnaître le degré d'intensité de la maladie ; mais elles ne seront en nulle occasion plus utiles que dans les maladies

(1) *Séméiologie générale*, tom. I, pag. 116.

feintes ou dissimulées. En effet, la circulation n'étant pas sous l'influence directe de la volonté, il est impossible au malade de mettre en rapport ses plaintes et l'état du pouls, et c'est presque toujours là qu'on le trouvera en défaut. Qu'un malade accuse, en effet, une douleur violente dans un organe, un trouble profond dans la fonction que cet organe exécute, si le pouls se trouve dans l'état naturel, on aura la plus grande raison de douter de son assertion. Il en sera de même si, avec un pouls très fort, très fréquent, ou présentant toute autre qualité fort éloignée de l'état naturel, il affirmait n'être pas malade. C'est par ce moyen qu'on peut juger si le malade exagère ses douleurs, ou cherche à les dissimuler.

Circulation artérielle.

Les battements artériels sont en général multipliés dans toutes les maladies aiguës. Ainsi le pouls est fréquent dans la pléthore, dans les inflammations de la peau, dans celles des membranes muqueuses, séreuses, synoviales, dans les phlegmasies des organes parenchymateux; peut-être la cardite, la péricardite, l'encéphalite, font-elles quelquefois exception à cette règle générale, etc.

Les hémorrhagies actives, qui offrent d'ailleurs tant d'analogie avec les inflammations, ainsi que l'a ingénieusement démontré, dans sa dissertation inaugurale, le docteur Lefebvre, donnent aussi lieu

à la fréquence du pouls. Nous en dirons autant d'une multitude de névroses ; la manie principalement accélère la circulation. Quant aux affections organiques, il est rare qu'on observe la fréquence du pouls, à moins qu'une nouvelle inflammation ne se soit développée consécutivement dans le voisinage de la maladie ancienne, ce qui arrive presque constamment.

Ainsi il est bien vrai de dire, au rapport même des auteurs anciens, que la fréquence du pouls est un signe d'irritation ; mais on a eu tort d'avancer que cette fréquence était toujours un signe d'irritation et un signe de force. On a raisonné d'après ce principe physiologique, que tout organe dont la fonction était activée, accélérée, devait nécessairement être doué d'un surcroît d'énergie. Les conséquences de ce principe peuvent être trop graves pour le laisser passer sans examen. Nous croyons cette opinion entièrement erronée; du moins pour ce qui concerne la circulation. L'expérience ne prouve nullement que la fréquence du pouls soit toujours un signe de force et d'irritation. Si l'on fait périr un animal d'hémorrhagie, les battements du cœur deviennent d'autant plus fréquents que le terme fatal approche davantage : dira-t-on alors que l'animal a plus de force ? Cet étrange paradoxe ne serait guère plus fort qu'une foule d'autres que nous voyons soutenir tous les jours. M. Boisseau a donné de ce phénomène une explication ingé-

nieuse, dans le *Journal universel des sciences médicales*. Il attribue dans certains cas la fréquence des battements artériels à la faiblesse du cœur, et voici son raisonnement : si le cœur n'est plus assez fort pour opérer complètement, pour achever sa contraction, s'il ne l'opère qu'à moitié, par exemple, n'est-il pas vrai que, dans un temps donné, ses contractions devront doubler en nombre? C'est en effet ce qui a lieu, et lorsque la faiblesse est parvenue au dernier degré, le pouls est convulsif, il est impossible de compter ses pulsations. C'est ce qu'on remarque dans les agonies.

Toutefois l'on peut dire d'une manière générale que la fréquence du pouls augmente et diminue en rapport de l'irritation qui existe ; ce qui est un très grand moyen de reconnaître l'intensité de cette irritation.

Le pouls devient d'une excessive fréquence vers la fin des maladies, lorsque le terme fatal s'approche.

On remarque la rareté du pouls dans la vieillesse, et surtout chez les hommes, chez les individus dont le thorax est mal conformé (je n'ai pas eu l'occasion de confirmer cette dernière observation ; chez ceux où domine l'appareil lymphatique) ; chez ceux qui sont faibles, épuisés par des excès ; pendant l'hiver, et dans des climats froids.

Les maladies où l'on trouve la rareté du pouls sont la plupart des affections cérébrales, surtout

celles où il existe une compression manifeste ; la syncope et l'asphyxie, dans lesquelles la circulation finit par être complètement suspendue ; certaines maladies du cœur où l'on trouve un obstacle à la circulation, situé à l'orifice ventriculo-aortique, ou du moins avant la naissance des sous-clavières ; les maladies chroniques avec épuisement.

La fréquence et la rareté du pouls ne peuvent pas être observées isolément, non plus que les autres phénomènes de la circulation artérielle. Ce signe isolé n'aurait presque aucune valeur ; il faut nécessairement, pour qu'il en acquière, qu'il soit observé concurremment avec d'autres qualités du pouls. Ainsi, on devra remarquer si le pouls fréquent est en même temps fort, dur, grand, vite ou mou, petit, faible, etc. On sent bien que, dans ces divers cas, la fréquence du pouls doit changer de signification. Si le pouls fréquent est en même temps fort, dur, etc., on conclura que les forces du malade sont en excès, que l'irritation est très vive, etc. ; s'il est au contraire faible, mou, petit, on devra conclure qu'il y a faiblesse chez le malade, soit faiblesse directe, soit concentration des forces.

— La vitesse avec laquelle s'exécutent les diverses parties de l'acte de la circulation peut être augmentée ou diminuée. Je ne sais pas si la définition admise par les auteurs de séméiotique, de la vitesse et de la lenteur du pouls, doit être

conservée. Ils ont dit que, dans le pouls vite, la diastole était plus rapide que la systole; que l'inverse avait lieu dans le pouls lent. Je pense que la vitesse des deux mouvements de concentration et de dilatation caractérise le pouls vite, et que la lenteur de ces mêmes mouvements caractérise le pouls lent. Oserai-je dire ici tout ce que je pense? Ces distinctions me paraissent encore subtiles; elles me semblent tenir beaucoup aux habitudes de l'école. La vitesse du pouls est tellement nécessaire dans la fréquence, qu'il est bien difficile de les séparer. Pour que le pouls soit fréquent, n'est-il pas nécessaire que ses mouvements soient rapides? Pourrait-il être fréquent s'ils étaient lents? A la vérité ces mouvements sont quelquefois rapides lorsque le pouls est rare; mais cette distinction offre-t-elle des avantages réels, conduit-elle à des résultats pratiques bien évidemment utiles? Enfin n'arrive-t-il pas tous les jours qu'on se sert du mot fréquent pour dire vite, et du mot lent pour dire rare? S'il en est ainsi, ces distinctions ne sauraient être bien importantes.

Chez les femmes, chez les enfants, chez les personnes où domine l'appareil de l'innervation, enfin dans la plupart des cas où le pouls est fréquent, les mouvements artériels sont en même temps rapides.

Si le pouls vite est en même temps fort et fréquent, il indique une phlegmasie intense, et des

forces considérables chez le malade ; il indique une faiblesse très grande au contraire , s'il est en même temps petit et faible , bien qu'il puisse cependant exister une phlegmasie.

Dans l'apoplexie , le ramollissement du cerveau et quelques autres maladies cérébrales , le pouls peut être lent, mais ordinairement il est en même temps plus ou moins fort. Lorsque la petitesse , la faiblesse se joignent à la lenteur du pouls , le malade est , en général, dans une profonde débilité.

Lorsqu'une inflammation se termine par gangrène , le pouls , qui auparavant était plus ou moins fort et développé , devient vite et petit ; dans les agonies, le pouls est souvent très vite et très rare.

— Les épithètes de vibrant, tendu , roide, résistant, doivent être regardées comme synonymes de dur, lorsqu'on veut désigner la tension plus ou moins forte de l'artère.

Le pouls vraiment dur , est un signe presque certain de l'existence de quelque inflammation intense ; il indique en même temps beaucoup de réaction et beaucoup de forces chez le malade. Cependant il est une remarque très importante que j'ai eu fréquemment occasion de faire à la Salpêtrière, c'est que l'état osseux , ou simplement cartilagineux , des parois artérielles donne au

pouls un caractère de dureté bien propre à en imposer aux médecins peu attentifs, ou encore inexpérimentés.

Le pouls est dur principalement dans la première période des maladies inflammatoires, dans les hémorrhagies actives, dans les inflammations des artères, enfin dans toutes les maladies qui donnent lieu à des phénomènes de réaction énergique.

On a remarqué le pouls dur dans quelques névroses, et surtout dans l'hystérie et l'hypochondrie ; mais alors il est souvent petit et irrégulier ; les urines sont claires et ténues, etc. Dans les maladies latentes, on peut regarder la dureté du pouls comme l'indice d'une inflammation ; cet indice acquiert plus de probabilité, s'il se manifeste en même temps une douleur assez vive et assez constante dans un viscère. Dans la phthisie, si le pouls devient dur, et que des douleurs fixes se fassent sentir dans le thorax, on peut presque assurer qu'une portion du poumon s'enflamme. On doit en dire autant du foie, du péritoine et des intestins, si des phénomènes semblables se déclarent.

La mollesse du pouls, qui est naturelle aux femmes, aux enfants et aux personnes d'une constitution atonique, se retrouve aussi dans les maladies. Ce pouls peut se montrer vers le déclin des inflammations ; il annonce en général l'abattement

des forces et la chute de l'irritation. Néanmoins l'inflammation peut n'être pas résolue, et même n'être pas susceptible de résolution, et le pouls être très mou ; il est alors évidemment un signe d'adynamie. Le pouls est en général mou dans les maladies de long cours, lorsque les forces du malade ont été épuisées par la diète, le traitement, les douleurs et la maladie.

— Lorsque l'artère est superficielle, recouverte de peu de parties molles, il est assez ordinaire que le pouls soit grand. On doit rapporter à la grandeur du pouls sa grosseur, sa plénitude, son développement. Ainsi que la plupart des qualités du pouls que nous avons exposées jusqu'à présent, sa grandeur est un phénomène général, sympathique, qui n'indique aucune altération particulière des organes de la circulation. On a prétendu que les maladies dont le siége était au-dessus du diaphragme donnaient lieu à la grandeur du pouls, tandis que celles qui avaient leur siége au-dessous de cette cloison musculaire produisaient le pouls petit ; il est vrai que les choses se passent quelquefois ainsi, mais cette proposition est beaucoup trop générale. On voit beaucoup de phlegmasies de la tête et de la poitrine être accompagnées du pouls petit, et beaucoup de phlegmasies des viscères abdominaux exister avec un pouls développé. Tout en respectant les renommées juste-

ment acquises, prenons toujours garde de nous en laisser imposer par l'ascendant superstitieux des grands noms.

Le pouls grand s'observe à peu près dans les mêmes circonstances que le pouls fréquent, le pouls vite et le pouls dur. On a cependant remarqué que le pouls, quand il était grand, n'était pas toujours le signe d'une force réelle; que, dans les maladies dans lesquelles le pouls présentait ce caractère, si l'on faisait subir aux malades un traitement anti-phlogistique un peu sévère, des symptômes d'adynamie ne tardaient pas à se manifester.

Le contraire a lieu, c'est-à-dire qu'il est des cas où le pouls petit n'est pas le signe d'une faiblesse réelle. Dans quelques inflammations, même violentes, arrivant sur des sujets jeunes et vigoureux, si l'on a négligé dans le principe le traitement débilitant, le pouls est petit, concentré; hé bien, dans ce cas, les saignées et tout l'appareil du traitement anti-phlogistique sont suivis du développement du pouls et du cortége entier des signes de réaction; il y avait oppression, concentration des forces. Nous exposerons les caractères propres à faire discerner ces cas difficiles. Le pouls paraît quelquefois petit lorsque l'artère est profonde; c'est encore une sensation illusoire. Il est cependant vrai que le pouls petit est en général un signe de faiblesse réelle. On le trouve dans quelques affections cérébrales, dans les inflammations de mé-

ninges, dans la gangrène, la peste, les hydropisies chroniques, les longues suppurations, etc.

— Quoique le pouls fort soit l'indice le moins trompeur de la force générale, de la réaction et de l'intensité d'une inflammation, il est aussi quelques circonstances où cette force est illusoire. En lisant, avec toute l'attention qu'il mérite, l'ouvrage de Corvisart sur les maladies du cœur, on trouve que la force du pouls y est donnée comme un des caractères des anévrysmes actifs, et sa faiblesse comme l'un de ceux des anévrysmes passifs. En voulant faire au lit du malade l'application de ces principes, j'ai eu souvent occasion de voir que l'expérience leur donnait de fréquents démentis. En cherchant la cause de ce phénomène, je me suis assuré que le pouls était fort lorsque l'obstacle à la circulation, cause productrice de l'hypertrophie du cœur, se trouvait après la naissance de la sous-clavière ; alors le sang abordait largement dans les extrémités supérieures, le pouls était fort ; lorsqu'au contraire cet obstacle était placé à l'orifice ventriculo-aortique ou ailleurs, mais avant la naissance des sous-clavières, quoique les parois du ventricule gauche fussent très développées, le pouls était petit, concentré, lent, et souvent irrégulier. Comme ce dernier cas est au moins aussi fréquent que l'autre, je crus devoir faire un mémoire sur ce sujet, mémoire inséré dans le *Nouveau Jour-*

nal de médecine, et dont je donne ici l'analyse pour établir sur des preuves la proposition que j'avance.

Les causes qu'on a assignées aux anévrysmes actifs, ou avec épaississement des parois du cœur, et aux anévrysmes passifs ou avec amincissement de ces mêmes parois, et les signes qu'on a attribués à ces mêmes lésions, sont-ils le résultat d'une expérience constante ? Telle était la question importante que nous nous proposions de résoudre dans ce mémoire, à l'aide d'observations positives.

On peut réduire aux caractères distinctifs suivants, ceux que Corvisart attribue aux diverses espèces d'anévrysmes :

« L'anévrysme actif reconnaît pour cause le tempérament sanguin, la force, la jeunesse ; les travaux pénibles, les efforts violents, de longues courses à pied ou à cheval ; des excès dans les plaisirs de l'amour ; l'usage des aliments de haut goût. les excès dans les boissons alcooliques ; le chant, les cris, les vives affections de l'âme, les mouvements de colère, etc.

» Ses symptômes sont : la rougeur de la face, la violence des mouvements du cœur, mouvements sensibles à l'œil, à la main ; la *force*, la *dureté*, la *vibration du pouls*, les battements des carotides, etc. »

Il attribue à l'anévrysme passif des causes et des signes en général différents ou même opposés.

Les observations publiées dans ce mémoire, prises parmi bien d'autres, semblent infirmer cette distinction. Les individus qui en font le sujet sont tous parvenus à un âge très avancé, vivent sous l'influence de causes essentiellement débilitantes, telles qu'un régime peu nourrissant, un ennui, une inaction habituels; et même éloignés de leurs familles, ils sont, en général, en proie à des chagrins profonds; ils sont, pour la plupart, affectés de maladies chroniques; et cependant rien n'est plus rare chez eux que l'anévrysme passif. Nous n'examinerons pas jusqu'à quel point cette distinction est fondée chez les jeunes sujets; mais nous citerons un exemple pris dans l'ouvrage de Corvisart (1), d'une jeune couturière de vingt-quatre ans, d'une faible constitution, et chez laquelle le pouls était petit et faible, qui néanmoins offrit à l'ouverture du corps un anévrysme actif des plus prononcés.

La première observation citée à l'appui de cette proposition est fournie par la nommée Françoise Dumay, âgée de soixante-cinq ans, d'une constitution faible et détériorée. Elle éprouvait de l'étouffement, des palpitations; le pouls était *assez* régulier, mais *faible*. A l'ouverture, on trouva le cœur énorme, dur, les parois du ventricule gauche

(1) *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur, des gros vaisseaux*, etc.; par J.-M. Corvisart, etc., pag. 74, seconde édition.

avaient de quinze à dix-huit lignes d'épaisseur. L'aorte était osseuse, rugueuse à sa surface intérieure, alternativement resserrée et dilatée dans son trajet dans la poitrine. Cette observation prouve que la faiblesse du pouls doit être attribuée aux obstacles que l'ossification de l'aorte apportait à la circulation.

Dans la seconde observation, Chevillard éprouvait un étouffement périodique qui revenait tous les hivers. Je passe sous silence la description de son état, qu'on peut voir dans le Nouveau Journal de médecine d'avril 1818. Le pouls était intermittent à des distances inégales, fréquent, de force ordinaire; les battements du cœur plus sensibles que dans l'état de santé; à l'ouverture du corps, le cœur fut trouvé très volumineux, par l'épaississement des deux ventricules; les valvules aortiques et plusieurs points de l'aorte étaient ossifiés.

Dans la troisième observation, Madeleine Lacour, âgée de quatre-vingt deux ans, éprouvait des phénomènes analogues, et présentait un pouls petit, mou et irrégulier. Le ventricule gauche était très épais, très dur, sa cavité presque oblitérée. Il existait des ossifications de la grosseur d'une pistache aux orifices aortique et auriculo-ventriculaire.

Dans le sujet de la quatrième observation, le pouls était mou, facile à déprimer, fréquent; on trouva des altérations encore plus prononcées, et de la même nature que les précédentes.

Dans la cinquième et la sixième observation, les malades ont le pouls petit, irrégulier, inégal, intermittent, et dans tous, l'hypertrophie du cœur et les ossifications des gros vaisseaux existent au plus haut degré, avec quelques variétés assez remarquables.

Il eût été facile de multiplier ces faits. Sur un relevé de quatre-vingt-une observations de maladies graves, trente-six ont succombé dans le mois d'avril et de mars 1817; vingt-six étaient des maladies du cœur, dont vingt-deux avec épaississement et dureté des parois, et quatre seulement avec flaccidité de ces mêmes parois. Nous en avons conclu que l'anévrysme actif est très fréquent chez les vieillards; qu'il est dû, dans la plupart des cas, à l'accumulation du phosphate calcaire dans l'aorte; d'où il suit que la jeunesse, l'âge adulte, le tempérament sanguin, et tout le cortége des causes excitantes, ne sont pas toujours nécessaires à la production de l'anévrysme actif; que le pouls, loin d'être toujours fort, dur, et vibrant, est souvent petit, serré, mou, et même à peine sensible; que ces caractères sont d'autant plus marqués, que l'obstacle à la circulation est plus grand, et par conséquent que le cœur a dû acquérir plus de volume et d'épaisseur; que par conséquent la distinction des anévrysmes en actifs et en passifs n'est pas admissible dans ces cas, tant par rapport aux causes que par rapport aux signes.

Les individus chez lesquels prédominent les appareils respiratoire et circulatoire, robustes, continents, soumis à un régime fortement réparateur ; les habitants des campagnes, des pays froids, des montagnes, ont généralement le pouls fort.

La force du pouls se rencontre d'ailleurs dans les mêmes maladies que la grandeur, la dureté, la fréquence : et, comme elles, elle indique une surabondance de forces. La polyæmie, l'intensité d'une phlegmasie, sont en général en rapport avec la force du pouls ; de sorte qu'un pouls très fort annonce une inflammation très violente.

Lorsque l'artère est située profondément par une disposition anatomique, ou parcequ'elle est couverte d'une couche abondante de graisse, ou plongée dans des parties œdémateuses, le pouls paraît faible. Il l'est réellement chez les sujets faibles et débiles, d'une constitution où domine l'appareil lymphatique. Dans les phlegmasies adynamiques, le pouls est faible ; il présente encore ce caractère dans les maladies pestilentielles, dans les gangrènes, les hémorrhagies passives, le scorbut, l'anémie, les affections chroniques, etc. Le pouls est faible après les accès d'hystérie, d'hypochondrie, et de quelques autres maladies nerveuses.

—Dans l'état physiologique, les battements artériels doivent s'exécuter avec régularité : il est cependant des personnes chez lesquelles le pouls est irrégu-

lier dans l'état de santé. Il présente souvent ce caractère chez les vieillards; mais des ouvertures de corps nombreuses m'ont appris que dans ce cas les artères étaient en général ossifiées. J'ai tout lieu de croire que l'irrégularité habituelle du pouls dépend d'une altération organique de quelqu'une des parties qui concourent à la circulation. Nous aurons occasion de revenir bientôt sur ce sujet intéressant, en parlant de l'isochronisme. On a cru remarquer que le pouls, habituellement irrégulier, devenait régulier dans les maladies; cette assertion mérite confirmation. Je n'ai jamais observé ce phénomène chez les vieillards.

L'intermittence, l'intercidence du pouls, comme les autres irrégularités, lorsqu'elles sont constantes, indiquent d'une manière à peu près certaine une altération dans les organes de la circulation. Ces anomalies ont la plus grande valeur pour le diagnostic local; ce sont des signes idiopathiques. Elles se montrent aussi dans les pneumonies profondes. Cela se conçoit parfaitement. Si nous croyons qu'il faut un obstacle à la circulation pour donner lieu à l'irrégularité du pouls, on peut bien penser que l'hépatisation du poumon pourra être cet obstacle. La respiration ne me paraît, ainsi que je l'ai avancé dans mon Cours d'hygiène, qu'une division de la circulation, une de ses branches; si donc le poumon, dans l'état naturel, est destiné à être traversé par le sang, s'il doit livrer un passage libre à ce

fluide, il ne pourra plus remplir ce but s'il cesse d'être perméable ; la circulation se trouvera arrêtée par un obstacle insurmontable ; le sang du ventricule pulmonaire ne traversera plus le poumon, le sang du poumon n'arrivera plus dans le ventricule aortique ; la circulation sera intervertie, troublée, et cela d'autant plus profondément, que l'hépatisation sera plus considérable. L'intermittence, l'irrégularité du pouls pourront donc être des signes de pneumonie grave.

Le pouls peut être intermittent d'une manière passagère, par l'influence de l'innervation. Il est difficile d'expliquer ce mécanisme, mais le fait est incontestable. L'intermittence du pouls a lieu dans les névroses, dans les affections vermineuses, dans quelques phlegmasies du cerveau et des méninges.

— Le pouls inégal est en général le signe d'une altération des organes de la circulation, même lorsque cette inégalité existe dans l'état de santé ; ainsi les séméiologues ont noté que le pouls était inégal chez les rachitiques, et chez les vieillards bien portants ; il est évident que dans ces cas cette inégalité est due aux obstacles que la conformation vicieuse du thorax et les ossifications des gros vaisseaux opposent à la circulation. Il est des individus chez lesquels une vive impression morale, ou l'abus de liqueurs excitantes, donnent lieu à

l'inégalité du pouls; on doit reconnaître à ces effets l'influence de l'encéphale.

Le pouls est inégal dans quelques maladies du cerveau et des méninges, mais principalement dans celles du péricarde, du cœur, des gros vaisseaux et des poumons; on rencontre aussi le pouls inégal dans quelques névroses.

Lorsque le pouls inégal est en même temps petit et faible, et qu'il succède à un pouls convenablement développé dans une phlegmasie, il est à craindre que l'inflammation ne se termine par la gangrène. Nous ferons observer ici que les anciens admettaient avec beaucoup de facilité cette espèce de terminaison. L'expérience ne confirme nullement ce qu'ils ont écrit à ce sujet; rien n'est plus rare en effet que la gangrène des parenchymes. On ne doit attribuer leur opinion à cet égard qu'au peu d'occasions qu'ils avaient d'ouvrir des corps; ce défaut d'habitude leur a fait admettre la gangrène avec beaucoup de légèreté. Toutes les fois qu'un organe était noir ou bleuâtre, ils le croyaient frappé de gangrène. Aujourd'hui les médecins les moins exercés aux recherches nécroscopiques savent que ces caractères ne suffisent pas pour établir l'existence de la gangrène, et que ce phénomène est bien plus rare que ne le croyaient nos prédécesseurs.

Nous ne devons pas achever ce paragraphe sans

faire une remarque d'un autre genre. Comme c'est dans le pouls inégal qu'on a rencontré le plus grand nombre de pouls critiques, nous devons dire ici que rien n'est moins certain que les signes qu'on a tirés de ces espèces de pouls ; que s'il arrive quelquefois que l'expérience ne démente pas les augures fondés sur ces données, il est bien plus fréquent qu'elle ne les confirme pas. Nous croyons donc pouvoir en éviter l'étude à nos lecteurs. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant du pronostic et de la terminaison des maladies.

Les pouls organiques de Fouquet ne méritent pas plus de considération.

— Le pouls insensible, comme signe général, annonce une faiblesse extrême s'il survient chez des personnes affaiblies par l'âge ou par des maladies antécédentes ; si le pouls n'est insensible que momentanément, il peut être le symptôme d'une syncope, d'une asphyxie, ou même d'une attaque d'hystérie.

S'il n'est insensible que dans un membre, il faudra conclure qu'il existe un obstacle à la circulation, que l'artère est oblitérée ou comprimée.

— Le pouls confus survient ordinairement dans les agonies, lorsque la fréquence des pulsations artérielles est telle qu'il est impossible de les distinguer; il est le signe d'un affaiblissement extrême.

En lisant les auteurs, on est étonné de rencontrer souvent que l'artère d'un côté donne un certain nombre de pulsations, tandis que celle du côté opposé en donne un plus grand ou un plus petit. Cette observation, que le raisonnement me faisait croire inexacte, et que M. Chomel avait signalée comme telle, excita ma curiosité et me fit faire des recherches propres à fixer ma manière de voir sur ce sujet.

Il ne faut pas être très versé dans la connaissance des phénomènes physiologiques, pour sentir combien il est difficile d'admettre que les pulsations artérielles soient plus fréquentes dans un endroit que dans un autre. En effet, comment un agent, un moteur unique, le ventricule aortique pourrait-il imprimer deux mouvements différents à la même colonne de liquide? Cependant les écrits des médecins fourmillent d'exemples d'une pareille anomalie. Nous pensons que la difficulté de partager son attention sur les deux pouls en même temps, est la principale cause de l'illusion qui a trompé la plupart des observateurs. Ayant eu lieu de faire tracer, par un élève instruit, l'histoire d'une maladie, celui-ci insista beaucoup sur le défaut d'isochronisme des deux pouls; étonné de cette proposition, je voulus m'assurer par moi-même de sa réalité. Ayant donc saisi l'un des deux bras, tandis que l'élève tenait l'autre, nous marquâmes par des signes convenus toutes les ir-

régularités, toutes les intermittences ; les pouls des deux côtés se trouvèrent parfaitement isochrones. Cette expérience, répétée plusieurs jours de suite, donna constamment le même résultat.

Peu de temps après j'eus occasion d'observer le fait suivant :

La nommée Dufour vint réclamer mes soins pour une affection organique du cœur dont elle était tourmentée depuis deux ans ; parmi les symptômes qu'elle me présenta, je crus remarquer une différence sensible dans la fréquence et la force des deux pouls. J'examinai ce symptôme avec beaucoup d'attention pendant quelque temps, et toutes les fois la différence me parut plus prononcée ; il me fut enfin impossible de douter de cette différence, lorsque le pouls droit, qui était le plus rare et le plus faible, cessa complètement de se faire sentir, tandis que le gauche conservait toute son énergie. Alors, je fis part de ce phénomène aux élèves, ajoutant qu'une lésion locale de l'artère pouvait seule en être la cause. La malade mourut le 17 novembre 1817, trois ou quatre jours après la disparition complète du pouls droit.

L'ouverture du cadavre fit reconnaître l'anévrysme actif du ventricule gauche, tel qu'il avait été présumé pendant la vie, et des ossifications aux valvules aortiques.

Il fut impossible d'introduire dans la moitié supérieure de l'artère brachiale du côté droit un

stylet fort mince. Cette oblitération était due à l'épaississement des parois de l'artère qui offrait l'apparence et la résistance d'un cordon ligamenteux. L'artère axillaire de ce côté paraissait dilatée, et avait des parois très épaisses. La sous-clavière à son origine avait une incrustation calcaire de trois à quatre lignes, faisant saillie dans l'intérieur du vaisseau.

Les veines qui accompagnaient ces artères étaient variqueuses dans une grande partie de leur étendue. Aucun lien pendant sa vie n'avait comprimé ces vaisseaux.

La sous-clavière, l'axillaire et la brachiale du côté opposé, avaient conservé leur diamètre habituel.

J'ai eu depuis de fréquentes occasions d'observer des faits absolument semblables, et qui doivent faire conclure que lorsqu'il existe une différence sensible de fréquence entre les pulsations artérielles, persistant pendant un certain temps, cette différence est occasionée par une altération locale d'une des deux artères.

Il est vraisemblable que, dans beaucoup de cas, le défaut d'isochronisme bien constaté, tel que celui que cite Morgagni, *epist.* 24, *cap.* 23, était dû à une semblable disposition. Cette conjecture est d'autant plus probable, que les faits de cette nature ne sont pas sans exemple dans les auteurs. Willis faisant l'ouverture d'un homme mort d'un

squirrhe ulcéré s'aperçut que la carotide interne du côté droit était entièrement *pierreuse*, et avait perdu toute sa cavité. Petit communiqua, en 1765, à l'académie des sciences un fait exactement pareil; il trouva chez un homme mort d'apoplexie l'artère carotide interne complètement oblitérée, depuis sa séparation de la sous-clavière jusqu'au lieu où elle se bifurque.

Quelques faits récents paraissent cependant prouver que les artères jouissent d'une contractilité propre. Si l'on admet cette contractilité artérielle, rien n'empêche qu'une cause quelconque, en agissant sur l'organe chargé de cette contractilité, ne puisse pervertir son action. Ce qui rendrait cette conjecture assez probable, c'est que le défaut d'isochronisme a souvent été observé dans les affections ataxiques, c'est-à-dire, d'après notre manière de voir, cérébrales. Mais, dans ce cas, ce défaut d'isochronisme ne saurait persister longtemps.

— En fait de contractilité artérielle, j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois un phénomène digne d'attention : c'est un battement très fort, très circonscrit, avec tumeur de l'aorte ventrale, au point de faire croire fermement à l'existence d'un anévrysme de ce vaisseau.

La première fois que j'eus occasion de remarquer ce fait, ce fut dans une circonstance bien propre à

le graver dans ma mémoire. M. Landré-Beauvais faisait à l'hospice de la Salpêtrière un cours de médecine clinique, il y a environ douze ans; chargé en qualité d'élève interne de la salle, de recueillir des renseignements sur les malades avant la visite, j'en remarquai une qui portait à la région épigastrique une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, cette tumeur offrait des battements sensibles, se *dilatait* bien évidemment, enfin présentait tous les caractères d'une tumeur anévrysmale; il y avait d'ailleurs de la douleur à l'épigastre, et des phénomènes généraux de réaction très prononcés. Je n'hésitai pas à annoncer au médecin que nous avions dans nos salles une malade affectée d'un anévrysme de l'aorte; mais quel fut mon désappointement lorsqu'après l'examen le plus attentif il fut impossible de trouver la moindre trace de la prétendue tumeur et des prétendus battements. Ils avaient, en effet, entièrement disparu. J'étais cependant bien convaincu de les avoir observés ; ils étaient même très forts, très évidents ; comment avaient-ils pu disparaître? Je me livrai à des réflexions de toute espèce, dont la conclusion fut que je m'étais trompé.

Cependant je ne tardai pas à rencontrer d'autres faits semblables à celui-ci, des tumeurs à l'épigastre, se dilatant bien évidemment, offrant des pulsations bien manifestes, lesquelles disparaissaient au bout de quelques heures ou de quelques jours.

Lorsque j'eus observé un nombre suffisant de faits de ce genre, j'en cherchai l'explication ; je dois avouer que même encore aujourd'hui elle m'échappe entièrement, à moins qu'on admette une contractilité propre des parois artérielles, ce qui n'explique pas grand'chose.

Je n'ai pas été peu surpris de voir dans l'ouvrage de M. Laennec sur l'auscultation, qu'il avait aussi rencontré le phénomène que je viens de décrire ; mais l'explication qu'il en donne ne me paraît nullement admissible.

Circulation capillaire.

La circulation capillaire, quoique paraissant indépendante jusqu'à un certain point de la grande circulation, n'en participe pas moins à l'état morbide des autres organes, et n'est pas elle-même exempte de certaines altérations. Parmi ces dernières, c'est-à-dire parmi les maladies qui sont propres à ce système, nous croyons qu'il faut placer les diverses hémorrhagies par exhalation, la plupart des ecchymoses, surtout celles qui surviennent spontanément, les taches livides, les marbrures, enfin la couleur livide, pâle ou fleurie de la peau.

Comme tous les autres phénomènes examinés jusqu'ici, ceux que présente la circulation capillaire sont idiopathiques ou symptomatiques. Nous traiterons à l'article des exhalations, des signes fournis par les hémorrhagies : quant aux ecchymoses,

elles sont spontanées ou accidentelles; ces dernières portent avec elles leurs significations; les premières ne se montrent guère que dans le scorbut assez avancé, et dénotent une faiblesse profonde : les taches livides, les marbrures accompagnent aussi quelquefois cette maladie, se montrent dans la plupart des agonies, dans les affections du cœur, dans le frisson de l'invasion de quelques maladies aiguës ou dans celui des fièvres intermittentes, et sont aussi le signe d'une grande débilité. Nous aurons occasion de revenir sur la couleur pâle ou livide de la peau, ainsi que sur sa nuance rosée qui décèle en général un état d'irritation avec réaction prononcée, ou la polyæmie.

Circulation veineuse.

Il est difficile de juger de l'accélération ou du ralentissement du cours du sang dans les veines; on doit supposer l'accélération de la circulation veineuse, lorsque la circulation artérielle est elle-même plus fréquente. Il serait difficile, en effet, que l'une fût accélérée sans l'autre. Elles sont dans une telle dépendance que les phénomènes que l'une présente suffisent pour faire reconnaître l'état de l'autre. Aussi cette augmentation ou cette diminution d'activité dans la circulation veineuse ne doit-elle pas avoir d'autre signification que l'augmentation ou la diminution du cours du sang artériel.

Dans la pléthore on observe une intumescence

générale, qui se fait surtout apercevoir dans les veines; elles sont en effet gonflées dans cet état général; elles se gonflent aussi dans certaines pléthores locales. Dans les hémorrhagies, les congestions dans le cerveau, en même temps que les artères carotides et temporales battent avec véhémence, on remarqe le gonflement des veines jugulaires, et la couleur rouge ou livide de la face.

Dans les cancers, et principalement ceux des mamelles, les veines voisines se gonflent d'une manière extraordinaire; elles acquièrent aussi un développement prodigieux, lorsqu'un tronc principal se trouve oblitéré ou comprimé. Lorsque les veines iliaques ou même la veine cave inférieure est comprimée par le développement du fœtus, les veines des membres pelviens se dilatent singulièrement; cette espèce de dilatation, survenant hors le cas de grossesse, doit fortement faire soupçonner la présence d'une tumeur qui comprime les gros troncs veineux.

Dans certaines professions qui exigent une station prolongée, et chez les personnes qui compriment leurs membres par des liens, ou enfin chez des individus qui apportent une certaine disposition, les parois des veines se relâchent, et des tumeurs irrégulières, bosselées, de diverses grosseurs, se manifestent sur leur trajet et persistent: ces tumeurs ont reçu le nom de varices.

Les veines présentent, dans quelques affections du cœur et des artères, quelques signes assez importants. C'est ainsi qu'on observe dans les veines jugulaires externes des battements analogues à ceux du pouls, lorsque le ventricule pulmonaire est anévrysmatique. Le sang qui doit pénétrer dans le poumon, étant arrêté par l'obstacle qu'il y rencontre, refoule dans l'oreillette droite, à chaque contraction ventriculaire, et remonte dans les veines caves par la même impulsion, laquelle se fait sentir jusque dans les jugulaires. Ce signe est d'ailleurs bien plus rare qu'on ne pense.

Des battements analogues se font remarquer dans les anévrysmes par anastomose, c'est-à-dire lorsqu'une artère et une veine correspondante se communiquent par une ouverture accidentelle qui permet au sang de l'artère de passer directement dans la veine.

Lorsque, par un effet d'un obstacle à la circulation, le sang cesse d'avoir un libre cours dans les artères, quel que soit l'endroit qu'occupe l'obstacle, le sang finit par stagner dans les veines et produire leur dilatation. La couleur bleuâtre de la peau en est un résultat presque inévitable : que l'obstacle soit, par exemple, dans l'aorte, le sang stagnera dans le ventricule aortique, de là dans l'oreillette du même côté, de là dans le poumon, de là dans le ventricule pulmonaire, de là dans l'oreil-

lette de ce côté, de là dans les veines caves et dans tout le système veineux.

Le sang qui sort d'une artère, d'une veine ou du réseau capillaire, ne s'échappe pas de la même manière ; lorsqu'il vient d'une artère, il jaillit par saccades, par jets interrompus ; il forme une arcade continue, s'il est fourni par une veine ; enfin, il s'épanche en nappe, s'il vient de la division du réseau capillaire.

Le sang lui-même doit être examiné avec soin par le médecin séméiologiste.

Nous avons déjà dit qu'il pouvait être altéré dans sa nature, pécher par excès et par défaut. Dans les maladies il offre quelques phénomènes dignes d'intérêt.

Il résulte des expériences et des observations nombreuses et bien faites de M. Ratier(1), sur la couenne inflammatoire, qu'il est peu de circonstances qui méritent une attention spéciale.

L'âge et le sexe ne paraissent pas excercer une influence directe ; la constitution en apporte une plus évidente, puisque la couenne est d'autant plus dense et plus épaisse, que le sujet est plus sanguin et plus robuste. L'état de santé et de maladie, et le genre de celle-ci, sont bien autrement importants. Malgré les assertions de Selle, de de Haën, Huxham, Ruysch, Sarcône, etc., l'auteur pense

(1) *Essai sur la couenne inflammatoire du sang* ; par M. F.-J. Ratier, D. M. P., 1819, à Paris.

que la couenne est étrangère à l'état de santé parfaite, et qu'elle se lie à la pléthore sanguine, avec une disposition prochaine aux phlegmasies.

La couenne inflammatoire est fort commune dans les inflammations, et surtout dans celles des membranes séreuses et des parenchymes. Lorsqu'on ne l'y trouve pas, c'est que la phlegmasie est fort légère, et de nature à céder au régime seul, ou bien qu'il y a eu quelque circonstance particulière dans l'opération.

Il est très vraisemblable qu'on doit l'observer dans les hémorrhagies actives qui ont tant d'analogie, avons-nous dit déjà, avec les phlegmasies.

On ne l'observe nullement dans les névroses et dans les maladies organiques, à moins qu'il n'y ait en même temps polyæmie. On doit révoquer en doute la prétendue couenne pituiteuse d'Huxham et de Selle.

Un phénomène assez singulier, c'est que la période de l'inflammation influe sur la présence de la couenne dans le sang; elle manque souvent dans les premiers jours d'une phlegmasie, et ce n'est quelquefois qu'à la troisième ou à la quatrième saignée qu'elle se manifeste; ce qui cependant est loin d'avoir toujours lieu.

Dans les saignées successives, lorsqu'on voit augmenter la couenne, c'est que la maladie croît encore; elle tend vers son déclin, au contraire, si la couenne diminue.

La position des malades pendant l'opération est tout-à-fait indifférente pour la production de ce phénomène ; il en est de même à peu près du volume de la veine. Il paraît qu'il n'en est pas ainsi de la largeur de l'ouverture du vaisseau. Une saignée à ouverture étroite ne permet pas à la partie consistante du sang de s'échapper. Je doute que cette assertion soit bien exacte ; quoi qu'il en soit, tous les médecins s'accordent à ordonner des saignées larges, dans le cas de phlegmasie violente, de congestion, d'épanchement de sang, de pléthore. Ils pensent généralement que la couenne ne se forme que lorsque le jet est continu, rapide, en arcade, et d'un certain calibre. La hauteur de laquelle le fluide tombe dans le vase n'a aucune influence sur le phénomène dont nous parlons, non plus que la quantité de sang que l'on tire.

La couenne est en général plus marquée dans les premiers vases que dans les derniers ; cependant cela n'est pas constant. Les vases plats et larges sont peu propres à la manifestation de la couenne, elle est incontestablement plus prononcée dans les vases étroits et coniques, que dans tous les autres. La matière dont ils sont composés est indifférente, ainsi que leur température ; la couenne se forme également dans les vases clos ou découverts.

La couleur de la croûte inflammatoire ou pleurétique est d'un blanc grisâtre, rosé, irisé, d'un gris jaunâtre et même jaune; mais je ne crois pas

que cette dernière couleur tienne à la diathèse bilieuse. Son épaisseur est en raison directe de l'étroitesse du vase; mais il faut avoir égard à l'obliquité des bords. Sa densité varie beaucoup, et n'est point en rapport avec son épaisseur. Il paraît que sa nature est principalement fibrineuse; des chimistes distingués, MM. Vauquelin et Thenard, y ont trouvé de l'albumine concrète, et M. Orfila, de la gélatine.

La proportion de la sérosité au caillot mérite quelque attention. Il paraît que sa quantité moyenne, relativement à celle du caillot, est d'un à trois. On peut considérer comme abondante la sérosité qui dépasse cette proportion, et comme peu abondante celle qui est au-dessous. Le caillot est volumineux, et la sérosité peu abondante dans les mêmes circonstances qui favorisent la présence de la couenne inflammatoire; la pléthore, les phlegmasies, les hémorrhagies actives, l'ouverture large de la veine, la constitution forte, la jeunesse, etc., produisent un caillot épais, consistant, sec, volumineux. Lorsqu'on a répété les saignées, le sérum est plus abondant. Sa couleur varie depuis le jaune clair jusqu'au jaune verdâtre.

Le caillot a toujours la forme du vase, sa partie inférieure est toujours moins dense que la couenne, surtout après plusieurs saignées, ce qui explique dans quelques cas la forme de celle-ci. La surface du caillot, après avoir été quelque temps exposée à

l'air, prend une couleur rouge vive, que l'on croit due à l'action de l'oxygène.

Circulation lymphatique.

Le travail entièrement spéculatif de M. Alard a jeté peu de lumières sur le sujet qui nous occupe. La circulation lymphatique, dérobée pendant la vie à nos divers moyens d'investigation, nous donne peu de signes utiles dans les maladies. Rien ne peut nous faire juger d'une manière rigoureuse si le cours de la lymphe est accéléré, ralenti, ou même suspendu ; nous sommes réduits à ne former à cet égard que de simples conjectures. La tuméfaction des glandes lymphatiques et leur augmentation de sensibilité a lieu lorsqu'il existe quelque inflammation voisine. Les glandes cervicales se gonflent dans les angines, dans les teignes, etc. ; celles du bras, dans les panaris et autres inflammations des doigts, de la main, du bras, etc., dans l'absorption de quelques substances vireuses ou infectantes, etc. Dans les scrofules, dans les cancers, ces glandes se tuméfient d'une manière persistante. Dans quelques œdèmes, le cours de la lymphe est-il ralenti? Ce fluide est-il épanché dans les tissus environnants? Les vaisseaux lymphatiques sont-ils alors augmentés de volume? La plupart de ces phénomènes ne sont que plus ou moins probables. Lorsqu'il existe une blessure des vaisseaux lymphatiques, le fluide qu'ils con-

tiennent s'échappe continuellement par une ouverture vraiment fistuleuse.

Les altérations de la lymphe, que nous avons supposées exister par analogie, son augmentation, sa diminution, sa perversion, ne peuvent être reconnues à aucun signe positif.

Action du cœur.

Avant que l'application de l'ouïe fût devenue un mode d'exploration aussi généralement employé, les signes fournis par l'action du cœur étaient bien moins nombreux et bien moins précis qu'ils ne sont aujourd'hui, quoiqu'ils ne soient pas encore ce qu'on désirerait qu'ils fussent. L'auteur du *Traité sur l'auscultation* avoue que ses recherches n'ont pas acquis, sur ce sujet, toute l'exactitude dont il lui paraît susceptible.

On se bornait autrefois à l'exploration des palpitations et de certains bruissements qu'on sent quelquefois en appliquant la main sur la région précordiale, ou même qu'on perçoit à une certaine distance.

Les palpitations sont des mouvements violents, réguliers ou désordonnés, du cœur; elles peuvent être plus ou moins fortes, légères, fugaces ou persistantes, continues ou intermittentes, circonscrites ou plus ou moins étendues; tous ces phénomènes peuvent être appréciés à l'aide de la main. Le cœur paraît, dans quelques cas, cesser de battre,

ou du moins ses pulsations sont considérablement affaiblies; enfin, on les observe dans des régions différentes de celles qu'elles occupent dans l'état ordinaire.

Ces désordres indiquent généralement une altération dans les organes de la circulation, quelquefois dans ceux de la respiration ou dans les organes abdominaux; d'autres fois, enfin, ils sont sympathiques, nerveux.

On sent combien il est important, pour le diagnostic, de distinguer à quelles maladies appartiennent ces symptômes.

La plupart des maladies du cœur s'annoncent par des palpitations; mais une chose bien digne de remarque, et qui est cependant extrêmement fréquente, c'est que les palpitations les plus fortes, occasionées par l'hypertrophie la plus prononcée chez les vieillards, ne sont pas senties par eux, dans la majorité des cas. Après avoir attentivement examiné ces malades, et reconnu l'existence de palpitations très sensibles, si vous leur demandez s'ils en éprouvent, ils répondent très souvent par la négative. On pourrait croire qu'ils n'entendent pas la question; mais en la reproduisant sous les formes les plus intelligibles, après qu'ils ont affirmé avoir compris, ils persistent dans la même dénégation. Il m'arrive très souvent de faire remarquer à des élèves des palpitations violentes dont les malades n'ont nullement la conscience.

Je ne doute pas que dans un temps où dans l'examen des malades on se contentait de leurs réponses négatives ou affirmatives, on n'ait fréquemment méconnu ce signe. D'où il faut tirer cette conclusion que les médecins qui ont assuré que dans l'asthme convulsif et périodique il n'existait pas de palpitations s'en seront vraisemblablement laissé imposer par des cas de cette nature.

Dans d'autres circonstances plus rares nous avons observé des hypertrophies sans augmentation des battements du cœur.

En général les palpitations sont le signe des hypertrophies et des anévrysmes du cœur, des maladies de l'aorte, de la péricardite, ce qui est cependant plus rare; quelquefois des pneumonies, des épanchements séreux du péricarde et des plèvres; elles accompagnent la phthisie pulmonaire, les tumeurs accidentelles développées dans le poumon, ou sur le trajet des gros vaisseaux; l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire; enfin toutes les maladies qui opposent obstacle à la circulation.

C'est une erreur de penser que les palpitations qui accompagnent les maladies organiques doivent être persistantes; ainsi que les autres phénomènes de ces maladies, elles ne deviennent continues que lorsque l'altération de l'organe est très avancée. Elles sont en général intermittentes, *quoiqu'elles soient le symptôme d'une lésion organique.* Mais, dira-

t-on, comment se fait-il qu'une lésion constante donne lieu à des symptômes passagers? Nous ne sommes pas tenus de tout expliquer, nous pourrions nous contenter de dire que cela est, que nous l'avons toujours observé, que rien n'est plus ordinaire. Mais comme ces retours périodiques sont en général réguliers, soumis à des causes facilement appréciables, je crois qu'on peut en rendre raison. La cause la plus ordinaire, mais non pas la seule, du retour des étouffements et des palpitations, c'est le froid, et le froid sec. N'est-il pas vraisemblable que l'effet du froid étant de resserrer la périphérie du corps, le sang qui pénètre les capillaires dans les températures douces est alors refoulé vers le centre ; que la masse de ce fluide que le cœur doit projeter est plus considérable? S'il existe un obstacle à la circulation, cet obstacle est alors relativement bien plus grand, et exige de la part du principal organe de la circulation des efforts bien plus énergiques. De là ne résulte-t-il pas des battements de cœur périodiques? et s'il s'accumule en même temps, et par les mêmes raisons, une plus grande quantité de sang dans les poumons ; ne devra-t-il pas se manifester des étouffements périodiques? Nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre suivant.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion organique, un état pléthorique donne quelquefois lieu à des palpitations plus ou moins fortes ; mais les battements

du cœur ne sont pas toujours un signe de force. Un auteur moderne a pensé qu'on jugerait bien mieux de la force d'un individu par l'énergie des battements du cœur, que par la force du pouls ; je crois que ce signe est au moins aussi illusoire que l'autre. Il ne peut indiquer d'une manière incontestable que la force de l'organe principal de la circulation, et l'on sait que la force d'un organe seul ne constitue pas la force générale d'un individu. Or, chez les vieillards, l'ossification presque constante des gros vaisseaux donne lieu au développement du cœur ; cet organe étant obligé à plus d'efforts habituels pour vaincre cet obstacle, pour ainsi dire physiologique, puisqu'il est le résultat presque inévitable des progrès de l'âge, doit nécessairement augmenter de volume et d'action : ce serait une erreur grave, que de croire tous ces vieillards doués d'une grande force ; nous pensons donc que l'assertion de M. Laennec n'est pas fondée.

Il existe souvent des palpitations chez des sujets très affaiblis par des hémorrhagies, par des évacuations excessives, etc. ; mais alors les battements du cœur, quoique précipités, ne sont pas forts.

On doit penser que les palpitations sont dues à un état particulier de l'encéphale et de ses dépendances, lorsqu'elles surviennent après des affections morales vives, après des travaux intellectuels trop long-temps soutenus, après des pertes abondantes

dans tous les genres, chez des personnes jeunes, nerveuses, irritables, éprouvant déjà d'autres phénomènes spasmodiques; lorsqu'elles ne sont qu'instantanées, qu'elles augmentent par des causes morales, enfin, qu'elles ne produisent pas une altération profonde de la santé, et qu'elles sont survenues presque subitement. Les élèves en médecine sont sujets à ce genre de palpitations. J'en ai guéri un grand nombre en les rassurant sur leur état.

Les hystériques, les hypochondriaques, les gens affectés de vers, les femmes qui ont des leucorrhées, des aménorrhées, des dysménorrhées, les goutteux, etc., sont exposés à des palpitations symptomatiques. On reconnaît la nature de ces palpitations à l'absence des signes qui accompagnent les maladies du cœur, et à la présence de ceux qui caractérisent les affections que nous venons de signaler.

Maintenant voici les phénomènes que le cylindre fait reconnaître :

Dans l'état naturel le cœur produit à l'oreille une sensation telle par ses mouvements, qu'il paraît évidemment correspondre à une petite étendue des parois de la poitrine, et ne guère dépasser le point sur lequel est appuyé l'instrument; quelquefois il semble couvert en entier par le cylindre, et profondément situé dans la cavité du médiastin, de manière à laisser un espace vide entre le sternum et lui. Dans quelques cas les battements ne pro-

duisent aucun ébranlement. D'autres fois ils semblent s'étendre dans toute la cavité thoracique ; et cette sensation plus ou moins forte semble indiquer un cœur plus ou moins volumineux. Dans l'état sain, les battements ne se font entendre que dans la région précordiale. Les mouvements des cavités gauches se font sentir sous les cartilages des cinquième, sixième et septième côtes gauches ; ceux des cavités droites, sous le sternum ; lorsque cet os est court, les pulsations s'étendent dans l'épigastre. Chez les sujets gras l'espace où l'on peut entendre les pulsations est moindre. Chez les individus maigres, ils s'étendent quelquefois jusque sous la clavicule droite. Si les battements du cœur acquièrent de l'étendue par une cause pathologique, on les entend 1° dans le côté gauche du thorax ; 2° dans le côté droit ; 3° dans la partie postérieure gauche ; 4° dans la partie postérieure droite.

L'hépatisation et les cavités ulcéreuses augmentent l'étendue des battements du cœur. Ceux de l'aorte et de l'artère sous-clavière ne sont sensibles que dans les cas d'anévrysme.

L'étendue des battements du cœur est en raison directe de la faiblesse de ses parois ; et plus elles sont minces et plus les battements s'entendent loin; plus elles sont épaisses et plus les battements sont circonscrits. Si les battements ne s'entendent ni dans le dos, ni dans le côté droit, mais seulement dans les autres points indiqués, les ventricules

sont médiocrement dilatés : s'ils sont très forts au contraire à la région précordiale et nuls ailleurs, et que les symptômes généraux indiquent une lésion du cœur, c'est une hypertrophie des ventricules.

Les pulsations du cœur font éprouver à l'oreille de celui qui écoute une sensation de choc, de soulèvement, plus ou moins forte. On la perçoit par le cylindre quand la main ne sent rien. La force du choc est en raison inverse de l'étendue, et directe de l'épaisseur des ventricules; elle est peu marquée dans l'état naturel. Dans l'hypertrophie l'impulsion est assez forte pour soulever la tête de l'observateur, et produire un choc désagréable à l'oreille. Plus l'hypertrophie est considérable, plus le mouvement est lent. La systole seule du ventricule le produit en général; quand celle des oreillettes y donne lieu, il est différent, il est plus profond, il consiste en une espèce de frémissement; le cœur semble s'éloigner de l'oreille. L'absence de l'impulsion indique la dilatation des ventricules. Le choc n'est sensible qu'à la région précordiale, excepté lorsque l'hypertrophie se joint à la dilatation : on le sent alors jusque sous la clavicule, et dans le côté droit du thorax. Les battements précipités du cœur donnent lieu à un coup sec, fort, dur et prompt; l'hypertrophie, à un soulèvement plus lent, plus gradué, plus obscur, des parois du thorax.

Les contractions alternatives des diverses parties du cœur se font entendre distinctement par le cylindre. Dans l'état naturel ce bruit est double, et chaque battement du pouls correspond à deux sons successifs; l'un clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, correspond à la systole des oreillettes; l'autre plus sourd, plus prolongé, indique celle des ventricules. Dans l'état normal, le bruit est égal des deux côtés; dans quelques cas pathologiques, il devient tout-à-fait dissemblable. Dans la dilatation des ventricules, ce bruit est aussi fort que celui des oreillettes, dont on a de la peine à le distinguer. Dans l'hypertrophie, le son se perçoit quelquefois dans le dos; à la région précordiale il est très sourd et très obscur. Une portion du poumon placée au-devant du péricarde rend aussi le bruit peu sensible; il en est de même des ramollissements du cœur. Quand cet organe est rempli de sang, le cylindre ne rend plus qu'un bruissement sourd, qui n'est pas sensible à la main. Il peut ressembler à celui d'une lime que l'on fait agir sur du bois, quand il dépend du rétrécissement de quelque orifice du cœur du côté gauche; il ressemble aussi au murmure de satisfaction que font entendre les chats, lorsqu'on leur passe la main sur le dos. Enfin le bruit que les contractions du cœur font entendre ressemble à celui d'un soufflet en mouvement; on n'est pas encore parvenu à reconnaître quelle est

l'altération organique qui l'occasione ; jusqu'ici les recherches cadavériques ont été infructueuses, ce qui a fait penser que ce bruit était dû à une simple accélération de la contraction du cœur ou des gros vaisseaux. Un bruit semblable à celui du cuir neuf a été observé par M. Collin une seule fois, sur un malade affecté de péricardite chronique. Il est malheureux qu'un nombre suffisant d'observations ne soient pas encore venu confirmer ce signe, qui serait d'autant plus précieux que ceux qui caractérisent la péricardite sont jusqu'ici fort obscurs. Il paraîtrait que ce bruit se fait entendre principalement lorsqu'il n'existe encore aucun épanchement dans la cavité du péricarde.

L'ordre, la succession, la durée, enfin le rapport respectif des contractions des diverses parties du cœur, peuvent être appréciés par le cylindre acoustique.

La contraction des ventricules est isochrone aux battements du pouls ; immédiatement après, un bruit plus éclatant annonce la contraction des oreillettes ; il est plus court que celui des ventricules. Après la systole des oreillettes, il y a un repos fort court. Dans l'hypertrophie des ventricules, leur contraction est moins sonore mais plus longue, plus facile à distinguer que celle des oreillettes. Le rhythme est bien différent lorsque les parois sont amincies ; la contraction des ventricules est plus sonore, plus brève, et se distingue difficilement

de celle des oreillettes. Le choc est moindre, et l'étendue plus grande. Les *palpitations*, les *intermittences* et les *irrégularités* du pouls sont des changements dans le rhythme des mouvements du cœur.

Quand les battements du cœur sont accélérés, fréquents, désordonnés, et quelquefois inégaux, ils constituent les palpitations; il n'est pas nécessaire qu'ils soient sensibles ou incommodes pour les malades. Ils n'ont pas d'autre valeur diagnostique que celle que nous leur avons assignée précédemment.

Les irrégularités du pouls ont lieu lorsque l'intervalle des pulsations est variable. L'intermittence est la suspension subite et momentanée du pouls. Les signes décrits ci-dessus doivent faire distinguer à quelle altération du cœur appartiennent ces phénomènes. D'après ce que nous avons dit, en effet, un lecteur attentif pourra juger quelle est la partie du cœur qui est affectée, et quelle est l'espèce de l'affection. Les signes que les diverses combinaisons des altérations du cœur donnent par le stéthoscope sont cependant très incertains. M. Collin, dont on ne soupçonnera pas les dispositions bienveillantes pour son maître, dit que « dans les »phénomènes pathologiques fournis par le cœur, »il n'en est que deux, l'impulsion et le bruit, qui »deviennent signes certains de lésions du cœur; »que tous les autres tirés du rhythme, des bruits

» de soufflet, de râpe, etc., n'ont pas été assez fré-
» quemment observés pour qu'on puisse dire quelles
» altérations ils indiquent (1). »

L'endurcissement et le ramollissement du cœur, son atrophie, sa dégénérescence graisseuse, cartilagineuse, osseuse, peuvent être tout au plus soupçonnés ainsi que l'inflammation et les ulcères de cet organe. L'endurcissement cartilagineux et osseux des valvules peut être reconnu. Celui de la valvule mitrale donne un bruit sourd, prolongé, tel que celui de la lime, lequel succède à la contraction de l'oreillette. Celui des valvules aortiques est de même nature, et succède à la contraction des ventricules. Les mêmes signes doivent exister pour le côté droit, et être plus sensibles sous le sternum. Les productions accidentelles développées dans le cœur, les communications contre nature de ses cavités, ne donnent de leur présence que des signes plus ou moins probables. Le déplacement du cœur, s'il était considérable, pourrait être facilement reconnu. Il n'en est pas de même pour la péricardite aiguë, sur laquelle on ne possède encore que le signe non confirmé dont nous avons parlé. La péricardite chronique est encore plus obscure. L'hydropéricarde n'a pas encore été observée à l'aide de l'auscultation.

(1) *Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine*; thèse de M. V. Collin, pag. 46.

On peut en dire autant de l'anévrysme de l'aorte thoracique, dont on ne peut assigner les caractères précis, mais qui doit cependant s'annoncer par quelques signes. Des battements simples, c'est-à-dire sans contraction des oreillettes, isochrones à ceux du pouls, une impulsion forte hors la région précordiale sur le trajet de l'aorte, rendront en effet très vraisemblable l'existence de cette maladie. L'anévrysme de l'aorte ventrale est plus facile à reconnaître; ses battements sont simples, le bruit qu'ils produisent est plus fort que celui des oreillettes, il est clair et sonore, les dimensions de l'artère paraissent évidemment augmentées.

On applique aussi la percussion dans l'exploration des maladies du cœur; mais cette méthode, si utile dans les affections du poumon, ne donne, dans celles du principal organe de la circulation, que des signes bien peu certains. La matité plus ou moins grande et plus ou moins étendue de la région du cœur ne peut être, en effet, qu'un signe bien secondaire et bien peu important, soit pour reconnaître les dilatations et les hypertrophies de ce viscère, soit pour établir la présence d'une hydropéricarde, etc.

§ III. Phénomènes morbides de l'appareil respiratoire considérés comme signes diagnostiques.

Les désordres de la respiration sont bien plus souvent idiopathiques que ceux de la circulation.

Ils indiquent fréquemment une altération primitive dans les organes respiratoires; quelquefois cette altération est consécutive, comme dans l'asthme dit nerveux; enfin ils sont, mais bien plus rarement, généraux, sympathiques.

Quand je dis bien plus rarement généraux, sympathiques, je veux dire seulement qu'ils ne sont notables que dans quelques cas rares; car dans la plupart des maladies on peut observer quelques changements dans l'acte de la respiration. Nous savons qu'elle a une connexion intime avec la circulation, qu'elle n'en est pour ainsi dire qu'une division; nous avons vu cette dernière fonction être dérangée dans presque toutes les maladies; il est donc impossible que la respiration ne le soit aussi plus ou moins. Nous verrons qu'elle l'est d'une manière très remarquable dans les maladies des organes de la circulation.

—La respiration augmente de fréquence dans la plupart des maladies thoraciques, dans la pneumonie, la pleurésie, l'hydrothorax, les affections organiques du cœur; la péritonite, l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, qui envahit une partie de l'abdomen et refoule le diaphragme; enfin, pour le dire en un mot, dans toutes les affections qui diminuent la capacité de la poitrine et la *dilatabilité* du poumon. Elle est encore fréquente dans tous les cas où le cœur accélère son action. La

respiration doit dans ces circonstances se mettre nécessairement en rapport avec ce surcroît d'activité. Ainsi, dans toutes les maladies inflammatoires, dans la pléthore, dans les hémorrhagies actives, etc., la respiration est accélérée.

Dans les maladies, la respiration un peu rare indique qu'il existe peu d'irritation, et que les forçes du malade sont dans un état satisfaisant; mais si cette rareté est portée très loin, si en même temps les malades font des efforts considérables, haussent beaucoup les épaules dans l'inspiration, elle est alors le signe d'un extrême abattement; l'air ne peut plus pénétrer dans les cellules pulmonaires, ou les organes inspirateurs ont perdu leur puissance.

—La vitesse et la fréquence de la respiration marchent, la plupart du temps, de concert, et se montrent dans les mêmes circonstances; cependant la respiration peut être vite et rare, ce qu'on observe dans la pleurésie, où la douleur précipite l'expiration. Cette espèce de respiration se montre aussi quelquefois dans l'agonie des individus robustes, affectés de maladies aiguës.

La lenteur de la respiration n'a pas d'autre valeur que sa rareté.

—La respiration grande dénote le bon état, l'intégrité des organes respiratoires; mais il n'en est

plus ainsi si elle est en même temps accompagnée de l'élévation très prononcée de la poitrine ; on doit présumer alors qu'il existe quelque obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons.

On prétend avoir observé dans les phlegmasies du cerveau et des méninges qu'il se manifeste de loin en loin une grande inspiration, et que le délire survient peu de temps après. Nous ferons observer ici que tous ces signes, fournis par des organes éloignés de celui qui est le siége de la maladie, ne sauraient jamais être que d'une valeur très secondaire dans le diagnostic.

La petitesse de la respiration est ordinairement le signe de quelques maladies des organes chargés de cette fonction ; mais elle n'en désigne aucune d'une manière particulière.

La respiration facile ne saurait être un signe de maladie ; elle indique l'état physiologique des organes chargés de l'opérer. Il n'en est pas de même lorsqu'elle est difficile.

Il est quelques degrés dans la dyspnée ; la respiration peut être simplement laborieuse, pénible ; elle peut être suffocante, douloureuse.

La dyspnée accompagne les affections aiguës et chroniques de la poitrine, les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, quelques phlegmasies abdominales et quelques maladies chroniques des mêmes organes ; elle est aussi le signe d'une faiblesse extrême.

La difficulté de respirer se manifeste dès le principe de la phthisie pulmonaire, et cette difficulté va toujours croissant jusqu'au terme fatal. Il est quelques malades qui ne peuvent respirer que la tête élevée; d'autres sur l'un des côtés; quelques uns sur le dos : quelquefois la dyspnée n'existe pas du tout dans cette maladie, ce qui doit être rangé parmi les anomalies. Enfin, chez quelques uns la difficulté de respirer diminue par les progrès de la maladie.

Lorsque la respiration est constamment difficile, augmentant progressivement et d'une manière plus ou moins prononcée, et qu'elle oblige le malade à se mettre sur son séant, le corps penché en avant, elle est un signe de maladies du cœur ou des gros vaisseaux, d'hydrothorax, d'hydropéricarde, etc.

L'expérience m'a prouvé qu'il n'était nullement nécessaire que la difficulté de respirer fût constante; la *dyspnée périodique, intermittente* est aussi le signe des *lésions organiques* que nous venons de citer, et de beaucoup d'autres qui peuvent exercer quelque influence sur les organes de la respiration. C'est cette proposition qui est pour nous entièrement hors de doute, que nous avons cherché à démontrer dans un mémoire présenté à la faculté de médecine, en 1817, et dont nous allons donner l'extrait (1).

(1) Mémoire sur cette question : *l'asthme des vieillards*

Les médecins de l'antiquité, privés de la précieuse ressource des ouvertures cadavériques, connurent peu les altérations des organes intérieurs; leur pathologie dut se borner à l'observation scrupuleuse des symptômes, dans laquelle ils nous ont en effet laissé des modèles à imiter; ils durent rassembler en groupe une série de symptômes, et lui appliquer un nom qui ne pouvait désigner autre chose que cet ensemble, et non une altération dont ils n'avaient aucune connaissance: aussi voyons-nous que la plupart des noms qu'ils nous ont transmis n'expriment que des phénomènes extérieurs. Ils donnèrent le nom d'*asthme* à la difficulté de respirer, sans avoir égard aux lésions diverses qui pouvaient l'occasioner. Les médecins des siècles suivants se bornèrent à commenter leurs prédécesseurs; et lorsqu'une philosophie bien entendue eut enfin permis d'interroger la nature morte, le respect trop aveugle qu'inspiraient les grands hommes de l'antiquité empêcha souvent d'apercevoir ce qu'eux-mêmes n'avaient pas vu. Depuis un demi-siècle, un esprit sévère d'exactitude et d'observation s'est emparé de toutes les sciences, les a portées presque subitement à un point éminent de perfection, et la médecine, complément naturel des connaissances

est-il une affection nerveuse? lu à la Société de la Faculté de médecine, le 29 mai 1817, par L. Rostan.

humaines, n'a pu rester étrangère à cette heureuse influence. Sans rappeler ici les immenses découvertes que nous devons à l'anatomie pathologique, qu'il nous suffise de dire que la médecine moderne lui doit cette certitude de diagnostic dont on voit tous les jours de si merveilleuses applications; au point que l'on peut dire (s'il est permis de se servir d'une expression commune, mais bien applicable en ce moment), qu'elle l'emporte autant sur la médecine antique, que la lumière l'emporte sur l'obscurité. Si l'on convient, ce qui ne peut être contesté, que mieux on connaît une maladie, plus il est facile de la guérir, et plus, par conséquent, on touche à la perfection, on ne pourra refuser aux recherches cadavériques l'avantage inappréciable de reculer les bornes de l'art.

Peut-être les maladies nerveuses, auxquelles on rapporte aujourd'hui tous les phénomènes morbides dont on est embarrassé de déterminer le caractère, verront-elles de jour en jour diminuer leur domaine si les médecins sont assez laborieux, assez patients pour suivre avec opiniâtreté leurs recherches après la mort. Mais il n'est pas aussi facile qu'on pense de trouver l'occasion de faire cet examen. Les médecins de la ville, absorbés par une pratique étendue, obligés, pour ainsi dire, de se multiplier eux-mêmes par leur activité, n'ont ni le loisir, ni peut-être la volonté nécessaires; les préjugés des parents sont pour eux un obstacle souvent invin-

cible. Les médecins des hôpitaux, à la vérité, n'ont pas ces difficultés à surmonter; mais les individus attaqués d'une *affection nerveuse*, une fois guéris de la maladie aiguë qui les retenait dans l'hôpital, sortent pour ne plus y revenir, et laissent incomplètes des observations qui eussent pu devenir utiles. Il n'en est pas ainsi dans les hospices; les habitants devant tous y terminer nécessairement leur carrière, sont tôt ou tard soumis à l'exploration du médecin. Placés dans un vaste établissement de ce genre, peuplé de vieillards qui touchent à la fin de leurs jours, il nous a été facile d'examiner les malades plusieurs années de suite, et de poursuivre enfin la nature dans ses replis les plus cachés. Nous avons pu multiplier considérablement ces recherches, et c'est sur ces bases, que nous croyons incontestables, que nous avons fondé notre conviction.

Avant d'exposer le résultat de nos observations, il nous semble convenable de rappeler succinctement les symptômes de *l'asthme nerveux:* on trouvera dans les faits que nous citons ces mêmes symptômes, et l'autopsie fera voir quel genre d'altération d'organe les a produits.

« *Symptômes.* Ses accès ont lieu le plus souvent » aux approches de la nuit; son invasion subite est » marquée par un resserrement spasmodique de la » poitrine. Le malade est forcé de se tenir debout, » et de respirer un air froid; l'inspiration et l'expi-

» ration ont lieu avec sifflement ; il y a même em-
» barras dans l'articulation des sons ; le pouls est
» souvent naturel ou légèrement fébrile ; l'urine
» abondante et peu colorée ; le visage quelquefois
» pâle et les traits altérés ; d'autres fois la face est
» gonflée et rouge. — *Cours de l'accès.* Ces symptô-
» mes continuent pendant la nuit et une partie de
» la matinée ; alors, respiration moins laborieuse
» et plus développée ; expectoration plus aisée ;
» urine d'une couleur plus foncée, et quelquefois
» avec sédiment ; sommeil tranquille. Au réveil et
» dans le reste de la journée, la respiration est moins
» gênée, *mais on éprouve toujours un sentiment de*
» *constriction du thorax ;* l'anhélation a lieu dans
» une position horizontale ou au moindre mouve-
» ment ; après le dîner, on éprouve une tension
» flatueuse de l'estomac, de l'assoupissement. Le
» renouvellement de l'accès a lieu ordinairement
» entre minuit et deux heures du matin, pendant
» plusieurs nuits ; mais les rémissions sont peu à
» peu plus marquées, surtout lorsque l'expectora-
» tion vers le déclin de l'accès est plus copieuse. »
(Pinel, *Nosogr. phil.*)

Cullen lui attribue à peu près les mêmes symptômes : « Il existe, dit-il, une difficulté de respirer
» qui revient par intervalles, qui est accompagnée
» d'un resserrement vers la poitrine, et d'une res-
» piration stertoreuse avec sifflement. Il n'y a point
» de toux au commencement de l'accès, ou bien elle

» est difficile : vers la fin, la toux est aisée ; il y a » expectoration abondante.

» Le malade, après avoir un peu dormi dans la » matinée, continue le reste du jour à avoir la res» piration plus libre et plus aisée, *mais il est rare » qu'elle le soit entièrement ; il sent encore quelque » resserrement à travers la poitrine ; il ne peut res» pirer facilement dans une position horizontale,* et » supporte à peine un mouvement quelconque du » corps, sans que sa respiration ne devienne plus » difficile et plus laborieuse. »

A l'appui de notre manière de voir, nous avons apporté quelques observations qu'il nous eût été bien facile de multiplier, puisque la maladie dont nous parlons est sans contredit la plus fréquente qui affecte les vieillards. Il est aisé de s'en assurer dans nos infirmeries, dans lesquelles il entre pendant l'hiver, et quand il gèle depuis quelques jours, jusqu'à 10, 12, 15 femmes et plus, atteintes d'accès d'asthme ; et ces femmes, toutes parvenues au terme de leur carrière, finissent en général par succomber.

Dans la première observation il est question d'un asthme dépendant d'ossifications des environs des bronches, et de l'anévrysme du ventricule gauche du cœur.

Depuis 1812, Victoire Quignigny, idiote, âgée de 61 ans, avait fixé notre attention pour un étouffement périodique qui revenait l'hiver seulement.

Cet étouffement était tellement violent dans la nuit, que l'existence de cette femme semblait menacée, tandis que dans la matinée tous les accidents disparaissaient. La respiration était sifflante, râleuse; la face livide, violette, couverte d'une sueur froide. La malade se mettait à son séant; sa tête semblait rentrer dans la poitrine; les dérivatifs et les médicaments dits anti-spasmodiques calmaient presque toujours cet état, au moins momentanément. Dans l'été, Quignigny jouissait d'une santé parfaite. En 1813, elle réclama de nouveau nos soins pour les mêmes accidents, ainsi que l'hiver de 1814, 1815, 1816. Mais durant l'hiver dernier (1817), la suffocation est devenue plus intense encore; alors, respiration bruyante, convulsive; toux nulle; point d'expectoration. Ces accidents ont lieu le soir, et surtout la nuit, au point de faire craindre la mort: absence de palpitations du cœur; pouls fréquent, assez régulier; face livide, infiltrée; position assise; tête penchée sur le thorax; celui-ci sur les genoux; infiltration des membres.

Le 19 mars, la position assise n'a plus lieu, à cause de la faiblesse de la malade, qui se couche sur le côté droit. Le 21, la respiration est râleuse, le décubitus a lieu sur le dos; la face bouffie est affaissée, décomposée. La malade expire le 23 au matin.

A l'ouverture, on trouva à la partie inférieure

droite du thorax, des adhérences anciennes, ligamenteuses, un épanchement d'un litre et demi de sérosité ; le poumon engorgé de sang.

Du côté gauche, des adhérences plus fortes ; moins de liquide, et de l'engouement dans le poumon. Les bronches étaient rouges ; la membrane muqueuse épaissie ; les glandes bronchiques très volumineuses ; plusieurs ossifications de la grosseur d'une fève, autour des bronches.

Le ventricule gauche du cœur très épais ; rétrécissement de l'ouverture aortique.

L'abdomen était sain.

On trouve dans la seconde l'exemple d'un asthme dépendant de l'ossification de l'aorte, avec anévrysme actif du ventricule gauche.

M. A. Victoire Tiroux, âgée de 74 ans, se plaignant d'être asthmatique depuis dix-huit ans, éprouvait tous les hivers un étouffement, une suffocation qui la saisissaient le soir et persistaient la nuit. Ayant ressenti l'hiver dernier (1817), de violents chagrins, elle fut prise d'une forte anxiété. Elle offrait alors, observée le matin, une respiration bruyante, luctueuse, fréquente ; une toux accompagnée de faiblesse et de quelques crachats opaques et blancs ; résonnance de toute la poitrine ; faiblesse du pouls, peu de palpitations ; face violette ; léger œdème du côté droit de la figure ; tête baissée sur le thorax, inclinée à droite ; position assise, appuyée sur le coude droit.

La suffocation ayant augmenté, la malade mourut le 30 mars à cinq heures du soir.

A l'ouverture du corps le cœur fut trouvé peu volumineux, mais très dur; la cavité du ventricule gauche très étroite, les parois en étaient épaisses; l'orifice aortique était très rétréci; il existait des points osseux dans l'aorte et ses valvules.

Il s'agit dans la troisième, d'un asthme avec apparence d'une affection organique du cœur très avancée, et dont les symptômes ont cessé entièrement (1).

Catherine Boutrys, âgée de 70 ans, n'ayant jamais été malade, entra à l'infirmerie, le 26 décembre 1816, pour un étouffement considérable qui s'était manifesté la nuit. Cette suffocation nocturne devint extrême, et cessa un mois après à la suite de quelques moyens dérivatifs et anti-spasmodiques, etc. Vers la fin de mars, l'anxiété, la suffocation, l'orthopnée, revinrent avec une intensité nouvelle. A ces symptômes, se joignirent l'infiltration des membres inférieurs; la gangrène des plaies des vésicatoires; des crachats sanglants et brunâtres; la petitesse et l'intermittence du pouls, des palpitations; la pâleur de la face, la teinte vio-

(1) Cette observation nous paraît d'autant plus intéressante, qu'elle a été recueillie sous ce titre, un an avant la mort de la femme qui en fait le sujet.

lette des lèvres, et une faiblesse extrême. On eût dit que la malade n'avait plus qu'à rendre le dernier soupir; mais ces symptômes diminuèrent graduellement. Le 18 avril 1817, elle n'avait plus que de la faiblesse; la respiration, la circulation étaient entièrement libres; l'enflure avait disparu complètement.

Dans l'été, cette femme quitta l'infirmerie, mais sa faiblesse la força d'y rentrer bientôt; et l'hiver ayant ramené les accidents, elle mourut en décembre 1817.

A l'ouverture, on découvrit un anévrysme actif avec ossification de l'aorte. Les poumons étaient sains, mais l'estomac était cancéreux à sa petite courbure, avec des végétations polypeuses; le tube intestinal était très injecté.

La quatrième nous offre l'exemple d'un asthme dépendant de l'anévrysme actif du ventricule droit, causé lui-même par la conformation vicieuse du thorax.

La sœur Laurence, âgée de 71 ans, d'une petite stature, ayant le côté droit de la poitrine déprimé, *étouffait*, d'après son rapport, *tous les hivers depuis qu'elle se connaissait*. Elle était souvent venue à l'infirmerie pour cet accident, qui cédait à quelques moyens employés, mais surtout au retour du printemps. Le 22 mars 1817, la suffocation nocturne était imminente; la malade éprouvait de la toux,

expectorait des crachats muqueux, écumeux; le côté gauche du thorax rendait un son mat à la percussion; le pouls était inégal, irrégulier; il n'existait pas de palpitations; l'appétit était nul, les urines supprimées, la faiblesse extrême; la face était livide et bouffie; les membres infiltrés. La mort survint le 24 mars au matin.

A l'examen du corps, nous rencontrâmes de la sérosité dans la plèvre droite.

Un cœur dilaté, volumineux; le ventricule gauche ordinaire; l'orifice aortique un peu resserré; le ventricule droit fort épais, ayant près d'un demi-pouce d'épaisseur.

L'abdomen n'offrait rien de bien remarquable.

Dans la cinquième observation, nous voyons un asthme provenant de l'ossification de l'aorte, avec dilatation des deux ventricules du cœur.

Marguerite de Jearge, âgée de 75 ans, était depuis sept ans sujette à un étouffement qui ne se montrait que l'hiver, qui ne se manifestait que dans la nuit, et pour lequel nous lui donnions nos conseils depuis plusieurs années. Elle entra à l'infirmerie, le 21 février dernier (1817), avec une respiration difficile, étant obligée de sortir les pieds du lit pour la faciliter, ayant de l'orthopnée, de la toux et des crachats muqueux et quelquefois sanguinolents; n'ayant nulle douleur dans la poitrine, mais son mat du côté droit et postérieur; quelques palpita-

tions; pouls irrégulier, inégal, intermittent; infiltration du côté droit et de la jambe droite surtout: dans le jour, coucher sur le côté droit; face colorée; sommeil presque nul, interrompu par l'anxiété, la toux, la suffocation. Elle vécut six semaines avec quelques légères alternatives, et expira dans un accès le 30 mars au matin, offrant dans ce dernier degré les symptômes d'une maladie du cœur.

On voit, à l'ouverture du cadavre, que le cœur est volumineux, mou, offrant la dilatation des deux ventricules, avec ossification des valvules aortiques, et surtout de l'aorte, qui renfermait des os de plusieurs lignes d'étendue.

L'abdomen est sain; la face interne de l'estomac, violette, brunâtre; les intestins sont grêles, rouges.

Enfin la sixième observation nous présente un asthme dépendant d'une pleurésie chronique, et de l'anévrysme actif du ventricule droit du cœur.

Cœur très volumineux; dilatation remarquable du ventricule droit, dont les parois étaient très épaissies. Bronches rouges, contenant une mucosité sanguinolente, surtout vers les ramifications

Abdomen sain.

La septième, un anévrysme actif du cœur, et surtout du ventricule gauche, et quelques autres altérations qui ont donné lieu aux phénomènes de l'asthme périodique.

On peut ajouter à ces observations la plupart de celles que nous avons citées dans notre *Mémoire sur la distinction des anévrysmes du cœur, en actifs et en passifs :*

1° La femme Dumay, dont l'étouffement prenait le matin et disparaissait dans la journée, à l'ouverture de laquelle nous trouvâmes un anévrysme actif du ventricule droit ;

2° Jeanne Chevillard, qui était soi-disant asthmatique depuis vingt-huit ans, dont l'étouffement revenait tous les hivers, et se faisait sentir la nuit, et qui présenta à l'ouverture la même altération organique ;

3° Catherine Mahère, qui, depuis cinquante ans, était sujette, l'hiver, à des étouffements qui augmentaient le soir et la nuit, à la mort de laquelle nous trouvâmes un développement prodigieux du cœur ;

4° Enfin la nommée Duvourdy, qui nous a offert tous les symptômes de l'asthme, et dont une pleurésie chronique et un anévrysme actif du ventricule droit étaient la cause.

Nous ne pouvons mieux terminer ces observations que par la remarque inspirée par les recherches cadavériques, aux observateurs de nos jours qui ont écrit sur les maladies de la poitrine, c'est-à-dire que *beaucoup de ces affections ont été prises pour des asthmes.* M. Baumes, dans son *Traité de la phthisie pulmonaire ;* M. Corvisart, dans son

Traité des maladies du cœur, s'étonnent de la fréquence de ces méprises. M. Bayle, enlevé si prématurément à l'humanité, proclame une opinion dont nous pouvons encore fortifier la nôtre ; c'est que *le développement du ventricule droit cause la courte haleine et une dyspnée habituelle.* Notre mémoire n'est, pour ainsi dire, que le développement de la vérité énoncée par ces auteurs. Il est encore un passage de Cullen, qui nous paraît trop curieux et trop intéressant pour être passé sous silence : « On a vu, dit-il, l'asthme se terminer » par la phthisie pulmonaire, par l'hydropisie de » poitrine, et il devient communément mortel en » occasionant l'*anévrysme du cœur et des gros vais-» seaux.* » Comment se peut-il, qu'ayant émis une opinion semblable, il n'ait pas songé que l'asthme soi-disant nerveux n'était que le premier degré de ces diverses maladies ?

Les observations qu'on vient de lire prouvent, ce nous semble, d'une manière incontestable, que les symptômes qu'on attribue à l'asthme dépendent d'une altération des organes de la respiration ou de la circulation. Tous les prétendus asthmatiques que nous avons ouverts depuis plus de sept ans, nous ont *toujours* présenté quelques unes de ces lésions ; et l'on peut penser que personne ne s'est trouvé placé dans des circonstances plus favorables que nous pour multiplier ces sortes de recherches. Ces observations sont si générale-

ment certaines, qu'on peut prendre au hasard dans l'infirmerie de la Salpêtrière, telles asthmatiques qu'on voudra : à leur mort on peut être sûr de rencontrer les altérations indiquées. Tous les exemples que nous avons cités ont été pris de cette manière durant le mois de mars 1817. Nous avions observé plusieurs années auparavant les personnes qui en font le sujet, et nous avions pu suivre les progrès, le développement successif des symptômes qu'elles ont offerts. Notre hospice en fournit un si grand nombre, que rien ne serait plus facile que d'en multiplier les citations. Durant l'hiver, nos salles sont remarquables par le nombre d'individus qui étouffent ; et pendant les froids intenses, nous en avons compté jusqu'à quatre sur cinq. Dans l'été, tous ces étouffements disparaissent pour revenir l'hiver suivant : alors souvent les malades succombent, et laissent voir les lésions que nous avons signalées. Un très petit nombre de personnes, dont les affections organiques ont atteint le dernier degré de développement, restent pendant la belle saison. Il est à observer que ces personnes étouffent aussi pendant le *jour*, ce qui conduit à conclure que l'asthme périodique n'est que le commencement de l'affection organique, et que lorsque celle-ci est très avancée, les symptômes sont continus, et ne peuvent plus laisser de doute sur la nature de la maladie.

Le raisonnement devrait se taire devant l'expé-

rience ; il est cependant des gens que des observations seules ne satisfont pas, qui taxent d'empirisme aveugle cette manière d'étudier la nature ; ils ne croient que ce qui est explicable à leurs yeux, et ne peuvent se faire à l'idée que beaucoup de phénomènes nous échappent et nous échapperont sans doute long-temps encore. Ces personnes font des objections plus ou moins spécieuses. Quoique rien ne soit plus satisfaisant que l'accord du raisonnement et de l'expérience, nous ne saurions trop nous défier des charmes que cet accord nous présente ; car c'est pour avoir fait fléchir les faits pour appuyer des raisonnements, qu'on est tombé de tout temps dans de si fréquentes et si dangereuses erreurs. C'est dans ce sens que l'on a dit que le raisonnement était l'ennemi de la raison. Ainsi, certains de nos faits, nous devons prévenir que nous ajoutons peu d'importance à nos raisonnements, et que nous sommes tout disposés à en faire le plus entier sacrifice : nous nous permettrons cependant de combattre avec les armes qu'ils nous offrent les difficultés qu'on nous oppose. Lorsqu'on cherche la vérité de bonne foi, on doit saisir avidement les objections ; on doit aller au-devant des critiques au lieu de les éviter, et les présenter dans toute leur force, bien loin de les dissimuler, pour tâcher d'en faire jaillir l'évidence.

Première objection. — « Vous dites que, chez les vieillards, l'ossification de l'aorte est la cause

la plus ordinaire des maladies du cœur, et conséquemment de l'asthme ; mais l'ossification de l'aorte est le résultat inévitable des progrès de l'âge; donc ce n'est qu'un phénomène physiologique, ce n'est point une maladie. D'ailleurs, bien des gens ont les gros vaisseaux ossifiés, et n'offrent aucuns symptômes d'asthme pendant leur vie.» Nous demanderons d'abord à ces personnes depuis quand l'âge n'est plus considéré comme une cause de maladie, et si l'opacité du cristallin, résultat *des progrès de l'âge*, n'est point une maladie; si l'on doit refuser le nom de maladie à une lésion qui intercepte l'exercice des fonctions au point de donner la mort. L'ossification de l'aorte n'est pas un état naturel ; elle gêne le cours du sang, produit l'augmentation du cœur, la stase du sang dans les poumons, tous les symptômes qui l'indiquent, et par suite la mort des malades. Si l'on a ouvert quelques individus qui n'avaient pas eu la respiration ni la circulation gênées par ces altérations, ce qui est bien plus rare qu'on ne pense, et ce qui n'a lieu que dans les temps d'intermittence, il faut se souvenir qu'on a souvent ouvert des gens dont les poumons étaient remplis de tubercules qui n'avaient donné aucuns signes de leur présence dans la vie. L'ouvrage de M. Bayle en fait foi ; pourtant s'est-on jamais avisé de conclure que les tubercules ne donnent jamais lieu à la phthisie ? La proposition est insoutenable. On peut en dire autant du cancer de l'estomac,

du foie, etc. Les observateurs fourmillent de faits de ce genre. Nous avons déposé nous-mêmes dans les cabinets de la faculté une tumeur osseuse de la grosseur du poing, laquelle s'était développée dans le tissu propre du foie, sans avoir donné dans la vie le moindre signe de son existence; dira-t-on que ce n'est point une maladie? Depuis quand les *maladies latentes* ne sont-elles plus des *maladies ?*

Deuxième objection. — « Mais, dira-t-on, presque tous les vieillards ont des ossifications dans les gros vaisseaux. » Aussi presque tous, pendant l'hiver, éprouvent-ils des étouffements. La fréquence de cette altération ne saurait être une objection contre nous. Donc l'ossification de l'aorte, occasionant ou non des symptômes, est une maladie.

Troisième objection. — Une autre objection qu'on nous a faite, est la suivante. « On connaît des personnes qui, ayant été affectées d'asthme, en ont cependant guéri. » Chez les vieillards, cela n'a jamais lieu; plusieurs ont présenté des symptômes d'asthme durant une saison, ont passé un certain temps sans en offrir, et sont morts d'une maladie étrangère, ce qui n'a pas empêché de rencontrer l'affection organique. — « Pourquoi, dans cet intervalle, n'a-t-elle pas donné des signes de sa présence? » — Par la même raison que les autres maladies latentes n'en offrent point. Nous avons

donné nos soins à une femme qui, à l'âge de trente-quatre ans, avait présenté tous les signes d'un cancer de l'estomac : elle avait resté trois ans malade, et dans le dernier degré de dépérissement ; sa santé était revenue cependant peu à peu ; elle avait repris ses forces et son embonpoint, s'était livrée de nouveau à ses occupations, et avait resté vingt ans dans un état de santé parfaite en apparence. A cinquante-quatre ans, cette femme fut reprise de vomissements de matières noirâtres ; une tumeur à l'épigastre se manifesta ; elle mourut au bout de trois mois. Un cancer ulcéré énorme avait envahi l'estomac, le foie, le pancréas, l'épiploon et les autres organes voisins : qu'était-il devenu pendant vingt ans? Mais admettons un moment la guérison de quelques asthmatiques ; ne peut-on pas concevoir que chez des sujets jeunes ou adultes, des maladies organiques commençantes peuvent disparaître? Lorsque nous écrivions ceci, nous étions loin de nous attendre que nous trouverions dans l'ouvrage de M. Laennec la confirmation de cette conjecture. Il croit avoir acquis la certitude que les affections organiques du cœur sont susceptibles de guérison. Il cite des exemples d'individus qui avaient offert tous les symptômes d'anévrysme du cœur, et chez lesquels ces symptômes avaient disparu ; il avait trouvé chez eux le cœur diminué de volume et ridé comme une pomme de reinette. L'explication qu'il donne de ces guérisons nous

paraît très ingénieuse ; il compare les individus dont le cœur diminue de la sorte à ceux chez lesquels une profession, une habitude, aurait développé outre mesure un organe, et chez lesquels cet organe aurait repris son volume naturel, par la cessation de l'action des causes excitantes. Nous avons vu des personnes présenter des signes d'affections organiques de l'estomac et du bas-ventre, offrir en même temps des tumeurs volumineuses que des médecins très recommandables ont reconnues comme nous ; ces tumeurs, ainsi que les autres symptômes, ont cependant disparu au bout de quelques mois. Pourquoi un malade anévrysmatique ne guérirait-il pas, placé dans des circonstances favorables ? Croyait-on, il y a six ans, que l'apoplexie sanguine fût susceptible de guérison ?

Quatrième objection. — « Mais, nous dit-on, on a ouvert des asthmatiques, chez lesquels on n'a rien trouvé. » Ceci pourrait bien ne prouver autre chose, sinon qu'on a mal cherché. Ce cas ne s'est *jamais* offert à notre observation, qui, pour cet objet du moins, peut s'opposer à toute autre. Je ne sache pas qu'on puisse en citer un exemple bien constaté. On trouve, dans le *Sepulchretum*, l'histoire d'un homme sujet à un étouffement durant sa vie, chez lequel on ne rencontra RIEN après la mort ; mais *les parois du ventricule gauche avaient plus d'un pouce d'épaisseur !* Au reste, l'asthme

périodique étant le premier degré d'une affection organique, il n'est pas surprenant que celle-ci ait été méconnue.

Cinquième objection. — « On a été jusqu'à nous objecter qu'un seul cas bien avéré, où l'on n'aurait rien trouvé, détruirait notre opinion, parcequ'on pourrait dire alors que l'asthme complique toutes les maladies du cœur. » Nous ne répondrions pas à cette objection, si ce n'était pas un médecin connu qui l'eût faite. D'abord, nous sommes encore à chercher ce fait; et, supposé qu'on le trouvât, rien ne démontrerait qu'il dépendît d'une lésion nerveuse; cela prouverait seulement qu'on n'a rien trouvé. Mais admettons l'existence de la lésion nerveuse; pourquoi vouloir qu'elle complique la maladie du cœur? A-t-on jamais supposé la complication du vomissement nerveux dans le cancer de l'estomac, parcequ'on a trouvé des vomissements sans altération organique?

Sixième objection. — « L'angine de poitrine, dit-on encore, ressemble beaucoup à l'asthme, et cependant des ouvertures bien faites n'ont donné aucun résultat. » L'angine de poitrine n'est pas l'asthme, et cette maladie problématique n'est pas encore assez connue pour qu'elle puisse être elle-même une objection. Mais en attendant qu'on découvre la lésion qui la produit, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer la complaisance avec laquelle un médecin, d'ailleurs recommanda-

ble, trace des observations *d'angines de poitrine compliquées d'anévrysmes du cœur*, et s'évertue à faire distinguer les symptômes de l'une de ceux de l'autre ; il n'a pas vu que ces prétendues angines n'étaient qu'une conséquence de la maladie du cœur : tant on aime les énigmes, tant on aime l'obscurité !

Septième objection. — « La maladie, d'abord nerveuse, a fini par donner lieu à l'altération organique. » Il faut bien avoir une affection particulière pour les maladies nerveuses, pour faire une pareille objection. Pourquoi ne pas remonter à une influence nerveuse pour toutes les lésions locales ? Pourquoi la phthisie, le cancer de l'estomac, du foie, du pancréas, des intestins, de l'utérus, etc., ne sont-ils pas le produit d'une cause nerveuse ? N'est-il pas plus raisonnable d'admettre que les symptômes qui se sont manisfestés étaient dus à une affection organique commençante, que d'aller chercher une cause nerveuse que rien ne constate ?

Huitième objection. — « Pourquoi ne rencontrez-vous pas toujours la même altération d'organe ? Pourquoi les mêmes symptômes sont-ils dus tantôt à l'anévrysme du ventricule gauche, tantôt à celui du ventricule droit, tantôt à une pleurésie chronique, ou toute autre altération du poumon, etc. ? » Il suffit d'avoir la plus simple notion de la structure de nos parties, et du mécanisme de nos fonctions, pour voir cette objection s'évanouir, pour ainsi dire,

d'elle-même. Il est évident que la suffocation, qui est le phénomène principal de l'asthme, est due à un embarras du poumon, primitif ou secondaire. L'embarras qui se manifeste le plus fréquemment chez les vieillards est sans contredit celui qui dépend de la stase du sang dans le tissu pulmonaire, par obstacle dans la grande circulation (1). L'aorte obstruée, le sang stagne dans le ventricule gauche, dans l'oreillette du même côté, et de proche en proche dans le poumon. Alors le malade se met sur son séant, s'appuie sur les mains; sa poitrine s'enfle, se dilate par de longues et fréquentes inspirations; il semble vouloir donner à la cavité thoracique la plus vaste capacité possible, pour contenir l'excès de sang qu'accumule dans le tissu pulmonaire la gêne de la circulation.

L'obstacle se trouve-t-il au contraire primitivement dans le poumon; le malade est-il phthisique, ou affecté de pleurésie ou de péripneumonie chronique, rachitique, etc. : la gêne de la respiration se conçoit alors bien plus facilement, ainsi que l'augmentation des cavités droites du cœur, qui ne manque pas d'avoir lieu, lorsque cet organe lutte depuis long-temps contre la difficulté qui lui est

(1) Cette stase est démontrée par l'ouverture des cadavres, qui constamment montrent les poumons gorgés de sang, *splénisés* ou *hépatisés*, dans les corps des personnes mortes asthmatiques, ou, pour parler plus correctement, anévrysmatiques.

opposée ; disposition qui a fait dire à M. Bayle ce que nous avons cité plus haut. Ainsi il n'est pas surprenant que des lésions diverses produisent les mêmes phénomènes lorsqu'elles affectent les mêmes organes.

Neuvième objection.—Nous n'avons présenté jusqu'ici que des objections si peu solides, que le lecteur judicieux doit avoir lui-même devancé nos répliques : mais il en est une en apparence plus embarrassante. La nature, qui nous permet d'observer les phénomènes innombrables qu'elle produit, semble s'être fait un plaisir de nous dérober les moyens qu'elle emploie sous un voile impénétrable. Telle est la cause de la périodicité dans l'asthme des vieillards. «Pourquoi la maladie étant organique, par conséquent invariable, les malades étouffent-ils plus dans un moment que dans un autre? » Nous demanderons à notre tour si l'on a jamais songé à expliquer les paroxysmes réguliers d'une pneumonie, d'une pleurésie, ou même d'un cancer de l'estomac, ou d'une phthisie, etc. ; s'il semble plus facile de rendre raison de la rémittence dans ces maladies, que d'une cessation momentanée des accidents dans celle qui nous occupe ; et si la même cause qui produit les alternatives des premières ne peut pas occasioner dans la seconde des intermittences complètes, qui ne sont qu'un degré de plus. Pourquoi, si l'on ne peut expliquer les unes, se montrer plus exigeant pour l'autre?

Cullen, comme on l'a vu, dit que l'intermittence des symptômes n'est jamais complète dans les asthmatiques, et la même assertion se rencontre chez tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière. Bosquillon, dans ses notes, va plus loin encore que le texte. Nous voyons cependant beaucoup d'individus, surtout dans les premières attaques de leurs maladies, qui présentent des intermittences parfaites. L'auteur que nous venons de citer (Cullen) pense *que les affections organiques agissant* CONSTAMMENT, *peuvent produire une dyspnée* PÉRIODIQUE (1). Il est vraisemblable que la cause de cette périodicité se trouve dans l'atmosphère, dont l'influence sur la respiration et la circulation est immédiate, et dont les qualités sont bien diverses, selon les moments de la journée. Quant à la différence qui existe entre certaines personnes, pour l'heure de l'étouffement, on peut conjecturer, avec quelque raison, que c'est à la constitution individuelle que cette différence est due. « Les accès d'asthme, dit encore Cullen, semblent dépendre d'un degré de plénitude des vaisseaux des poumons (2); d'où il

(1) Nous possédons une observation qu'il serait trop long de citer ici, dont le sujet éprouvait des convulsions et beaucoup d'autres symptômes qui revenaient depuis plusieurs années d'une manière périodique. A l'ouverture, nous trouvâmes un cancer de la grosseur d'un œuf, dans la substance du cerveau.

(2) On voit combien il était voisin de la vérité.

est probable que la suppression de la transpiration, et la détermination moins considérable du sang vers la surface du corps, peuvent favoriser son accumulation vers le poumon, et occasioner en conséquence l'asthme. » On conçoit dès lors que le froid de l'hiver et la température de la nuit peuvent influer sur les intermittences de cette maladie (1). Nous ajouterons que la sécrétion du mucus bronchique, plus abondante pendant la nuit, peut opposer un obstacle de plus à la respiration. De là les succès momentanés des expectorants, de la digitale, de la scille, des vésicants, des rubéfiants, des dérivatifs de toute espèce, des anti-spasmodiques excitants, tels que l'éther, etc. Tels sont, ce nous semble, les raisonnements les plus vraisemblables qu'on puisse faire sur ce phénomène, dont la cause restera probablement longtemps inconnue.

Sans doute nous n'avons pas résolu toutes les difficultés, sans doute plusieurs objections peuvent encore nous être adressées; mais, en opposât-on de plus fortes que celles qu'on vient de lire, et

(1) On nous demandera peut-être pourquoi les malades cherchent à respirer un air frais; pourquoi ils ouvrent leurs fenêtres et en paraissent soulagés. Nous ne voulons pas nous jeter dans le champ sans borne des conjectures; nous dirons seulement que le soulagement qu'ils éprouvent est infiniment peu de chose et très fugitif : ne serait-il pas dû à la diminution de la chaleur intérieure de la poitrine?

nos réponses ne fussent-elles point victorieuses, il n'en résultera pas moins de nos observations cette vérité que nous croyons irrécusable, *que l'asthme, chez les vieillards, est un symptôme d'une lésion organique.*

Depuis la publication de ce Mémoire, un grand nombre d'objections nous ont été adressées par divers critiques. Mais une masse de faits bien autrement imposante sont venus nous confirmer dans notre manière de penser. Nous avons pu observer dans notre vaste établissement *plus d'un millier* d'individus atteints de cette affection, et nous n'avons pas rencontré un seul cas exceptionnel; nous les avons fait voir à un grand nombre de médecins et d'élèves, et nous n'avons jamais reçu un seul démenti de la part de l'observation. D'où vient que la nature est si complaisante pour nous, si ce n'est parceque nous n'avons parlé que d'après elle? Si nous nous étions mépris quelquefois, oserions-nous écrire ce que nous écrivons en ce moment, et qui, devant être lu sans doute par tant de témoins de nos observations, ne manquerait pas d'être taxé d'imposture? Je le répète, lorsqu'un auteur s'appuie sur un nombre de faits aussi immense que les nôtres, les critiques de cabinet devraient bien être plus réservés sur leurs assertions tranchantes.

Ce n'est pas dans un ouvrage de la nature de celui-ci que nous pouvons réfuter toutes les cri-

tiques qui ont été faites à ce sujet de notre opinion sur l'asthme. Qu'on nous permette cependant d'en citer et d'en combattre quelques unes.

L'un nous a dit que l'asthme était le symptôme de l'emphysème du poumon, et non d'une maladie du cœur. Mais alors il n'est pas une affection nerveuse, et nous avons prouvé ailleurs que l'emphysème du poumon était toujours un phénomène consécutif, même en nous appuyant sur les observations de l'auteur qui a fait cette objection.

L'autre nous a soutenu qu'il était l'effet du catarrhe chronique; mais alors il n'est point une affection nerveuse. La coïncidence du catarrhe et de l'asthme nous avait fait croire aussi, dans un temps, qu'il en était la cause; mais alors pourquoi n'est-ce pas le ventricule pulmonaire qui est malade, mais bien le ventricule aortique? Si l'obstacle était dans le poumon, le ventricule droit devrait être malade, puisqu'il serait alors chargé de vaincre cet obstacle.

Lorsque l'orifice aortique est rétréci, au contraire, le ventricule gauche s'hypertrophie, le sang stagne de proche en proche dans le poumon et dans les bronches, il finit par déterminer de véritables inflammations. Le catarrhe n'est donc qu'un effet consécutif. Un troisième a dit que puisque Corvisart avait cherché a établir la différence des maladies du cœur et de l'asthme, il était inutile de chercher à prouver le contraire. Certes, je professe

pour Corvisart une grande estime, c'est un des esprits les plus positifs qui aient existé en médecine ; mais c'est précisément parcequ'il a cherché à distinguer ces deux maladies, que j'ai fait mon mémoire; mon travail eût été inutile s'il avait émis les mêmes propositions que les miennes.

La maladie a commencé par les poumons. Cela peut arriver souvent ainsi. Cela a lieu pour les rachitiques ; mais pourquoi dans la très grande majorité des cas est-ce le ventricule gauche qui est malade ? Lorsque le poumon est affecté le premier, c'est le ventricule droit qui doit être, et qui se trouve en effet altéré.

Enfin on a guéri des asthmatiques : d'abord c'est douteux ; et je sais que l'exemple cité par Ducamp est faux, puisque le malade n'est pas guéri. Mais le fût-il, qu'est-ce que cela prouve, sinon qu'on peut guérir de cette maladie ?

M. Georget, dont je m'honore d'être l'ami et dont personne plus que moi n'apprécie le talent, a aussi combattu notre manière de voir ; mais nous ferons observer que les observations qu'il cite ne sont pas complètes et partant point concluantes.

Quant à celles où l'on n'a rien trouvé, il est fort extraordinaire que depuis neuf ans que notre mémoire est publié on n'en ait encore trouvé qu'une seule. Que peut-elle prouver, sinon qu'on a mal cherché ?

Je ne parle pas de celle de M. Bricheteau insérée dans les Archives de novembre 1825, qui ne prouve nullement que l'asthme soit une lésion nerveuse, puisqu'il existait de nombreuses altérations pathologiques.

Par toutes ces raisons je persiste dans ma conclusion, que l'asthme *chez les vieillards* n'est point une affection nerveuse.

La respiration inégale, entrecoupée, intermittente fournit peu de signes diagnostiques ; elle annonce une vicieuse conformation du thorax, de la gêne dans la circulation pulmonaire, des affections morales tristes, des maladies du cœur ou du poumon, ou des maladies éloignées qui exercent quelque influence sur l'acte respiratoire ; mais principalement quelques maladies des organes de l'innervation et particulièrement du cerveau ; enfin la terminaison par la mort des maladies aiguës.

L'oreille nue distingue quelquefois dans les maladies des bruits particuliers que fait entendre la respiration. C'est ainsi que la respiration est sifflante dans les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux. Corvisart avait observé que dans l'anévrysme de l'aorte, lorsque ce vaisseau dilaté comprimait la trachée-artère, la respiration était ordinairement sifflante. On l'observe encore dans d'autres maladies thoraciques. Dans le commencement de l'angine membraneuse des enfants ou croup, la respiration est fréquemment sifflante,

elle fait même entendre alors un bruit particulier qu'on a comparé inexactement au cri du coq, ou au bruit rendu par un tube d'airain. Il paraît que dans la plupart des cas le sifflement est dû au rétrécissement des conduits aériens par une cause mécanique ou toute autre. Je dis toute autre, car il est incontestable que certains spasmes produisent le resserrement du larynx, le sifflement, et même l'aphonie. C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer souvent chez des jeunes gens très timides.

La respiration est suspirieuse dans quelques névroses et dans les maladies de l'encéphale.

Elle est luctueuse ou plaintive lorsque le malade souffre profondément, qu'il soit dans le délire ou qu'il jouisse de toute sa raison ; mais cette espèce de respiration a le plus souvent lieu dans les maladies aiguës du poumon.

Le stertor est un signe de compression cérébrale; il a lieu dans les hémorrhagies de l'encéphale, dans les congestions violentes (coups de sang), dans les ramollissements ; dans toutes les maladies de cet organe qui entraînent l'état carotique. Il paraît être le résultat d'une contraction particulière ou de la compression des voies aériennes. Il survient vers la fin des maladies aiguës qui se terminent d'une manière funeste. Le ronflement, qui a son siége dans les fosses nasales lorsqu'il est pathologique, dépend des mêmes causes, et de plus de

polypes ou d'autres tumeurs développées dans les fosses nasales; de coryzas très violents ; etc.

La respiration offre différents bruits dans l'hydrothorax, le catarrhe, l'hémoptysie, etc.

L'air expiré fournit quelques signes qu'on ne doit pas négliger. Il est chaud et quelquefois brûlant dans les maladies inflammatoires, et surtout dans celles qui occupent les organes de la respiration.

Il est froid lorsque dans les maladies les poumons n'exécutent plus leurs fonctions qu'avec la plus grande difficulté; c'est ce qu'on remarque dans les catarrhes, dans les pneumonies qui se terminent d'une manière fatale, et généralement dans toutes les agonies.

L'air est souvent fétide dans l'état physiologique ou plutôt dans l'état habituel, chez les vieillards, chez les personnes qui digèrent mal, chez celles qui ont les dents gâtées.

Dans l'état pathologique, il est le signe de la suppuration du poumon, de la gangrène de cet organe ou de celle du pharynx et du larynx; il offre cette odeur dans les inflammations adynamiques, etc. Il est douceâtre dans certains gastro-entérites, et chez les enfants qui ont des vers.

Les abcès de la bouche, le scorbut, l'usage du mercure, rendent aussi l'haleine fétide. L'air expiré devient fétide et cadavéreux à l'approche de la mort,

dans la plupart des maladies ; il indique une prostration extrême des forces.

Les signes diagnostiques fournis par cette fonction , ainsi que tous les autres, doivent être réunis en certain nombre pour acquérir quelque valeur.

Voyons maintenant les signes que l'on obtient par le nouveau mode d'exploration.

Le cylindre évasé à son extrémité en forme d'entonnoir est celui dont on doit se servir pour l'exploration de la respiration. Appliqué sur la poitrine d'un homme sain, il fait entendre un murmure léger très distinct, qui indique l'introduction de l'air dans les cellules du poumon et son expulsion. Le creux de l'aisselle et l'espace compris entre la clavicule et le trapèze sont les points où il a le plus de force; on l'entend d'ailleurs sur tous les points du thorax. Le bruit de la respiration offre un caractère particulier à l'origne des bronches ; l'air semble passer dans un conduit plus vaste que les cellules pulmonaires ; il semble quelquefois attiré du cylindre et refoulé dans ce tube. Ce n'est qu'au bout de quelques secondes qu'on peut bien juger de la respiration : les vêtements n'empêchent pas de l'entendre; on peut en dire autant de l'embonpoint et de l'infiltration des parois de la poitrine, ce qui donne au stéthoscope une supériorité marquée sur le percussion. La respiration est d'autant plus sonore qu'elle est plus fréquente. Chez

les enfants elle est très sonore; elle offre même dans cet âge un bruit particulier, c'est la respiration puérile. Elle varie chez l'adulte; elle s'entend fort peu chez les sujets qui respirent lentement; ceux-là sont ordinairement peu sujets à la dyspnée. Quelques individus ont la respiration bruyante et conservent jusqu'à la vieillesse la respiration puérile. Ce sont en général des femmes et des personnes nerveuses; elles s'essoufflent facilement.

Dans quelques cas pathologiques, la respiration prend le caractère puéril : cela se remarque lorsqu'un poumon ou une partie de poumon est devenue imperméable à l'air. La respiration la plus bruyante à l'oreille nue ne se fait pas entendre pour cela plus fortement dans la poitrine, excepté lorsqu'il existe du râle, ou du sifflement, etc.; le bruit de la respiration ayant ordinairement lieu dans les fosses nasales où l'arrière-bouche.

Lorsque la respiration s'entend distinctement et à peu près également dans toute la poitrine, il n'existe ni épanchement ni engorgement; si elle cesse de se faire entendre dans un point quelconque, ce point est imperméable à l'air. L'absence du son par la percussion indique la même chose, et coïncide presque toujours avec l'absence de la respiration.

La pneumonie présente trois degrés : le premier est caractérisé par une sorte d'engouement, le tissu pulmonaire est encore crépitant; dans le

deuxième, l'air ne pénètre plus ce tissu, c'est l'hépatisation rouge; dans le troisième, la partie hépatisée entre en suppuration, c'est l'hépatisation grise. Ces trois degrés peuvent se rencontrer réunis. Le passage de l'un à l'autre de ces degrés peut se reconnaître par des points d'un engorgement plus avancé au milieu d'un tissu moins engorgé. La péripneumonie commence ordinairement par la partie inférieure du poumon qu'elle finit par envahir entièrement. Dans la résolution de l'inflammation, le poumon reprend sa perméabilité à l'air, le tissu est seulement plus humide que dans l'état naturel; il présente une teinte jaune et légèrement verdâtre; il ne suinte plus de pus. Les signes généraux ne suffisent pas pour caractériser la péripneumonie. La percussion même ne suffit pas dans quelques circonstances. Le cylindre indique l'engorgement dans tous les cas et ses degrés divers. Dans le premier degré, la respiration s'entend encore dans le point affecté, que le son soit mat ou non; elle est cependant moins forte que dans les autres parties de la poitrine; elle est accompagnée d'une espèce de *crépitation* qui est le signe pathognomonique de ce premier degré, c'est le *râle crépitant.* Il suffit de l'avoir entendu une fois pour le reconnaître. Le deuxième et le troisième degré se reconnaissent à l'absence totale de respiration. On entend quelquefois un *râle muqueux* plus ou moins marqué, il existe quand le catarrhe com-

plique la péripneumonie. La respiration redevient quelquefois *püérile.* Dans la résolution, le cylindre apprécie les progrès de la guérison. Le murmure d'expiration est déjà sensible lorsque le son est encore mat. Tous les jours ce murmure devient plus marqué. La percussion ne fait reconnaître la résolution que quelques jours plus tard.

Du côté droit la respiration est sensible malgré la présence du foie; il suffit qu'une partie même fort mince du poumon pénètre entre les côtes et le diaphragme refoulé par le foie, ce qui donne à l'auscultation la supériorité sur la percussion. Du côté gauche, si l'estomac, distendu par des gaz, refoule le diaphragme, la percussion donne un son clair; mais l'absence de respiration rectifie le jugement et fait reconnaître l'erreur. L'auscultation est encore supérieure dans les cas d'embonpoint, d'infiltration, de rachitisme et de flaccidité des téguments, et dans beaucoup d'autres qu'on pourra lire dans l'ouvrage de M. Laennec. L'auscultation ne doit pas faire négliger la percussion; leur emploi successif donne, dans les cas douteux, des certitudes que l'une des deux n'eût pu seule faire acquérir.

La gangrène du poumon est un cas fort rare; elle est circonscrite ou non circonscrite. Le tissu pulmonaire plus humide, plus facile à déchirer que dans l'état naturel, offre la densité du premier degré de la péripneumonie. Sa couleur varie depuis

le blanc sale jusqu'au vert foncé, presque noir, avec un mélange de brun noirâtre ou jaune terreux; quelques points ramollis tombent en déliquium. Un liquide sanieux trouble, d'un gris verdâtre et d'une fétidité gangréneuse insupportable, s'écoule des parties altérées qu'on incise. Le tissu pulmonaire sain se perd insensiblement dans celui qui est affecté, ou il en est séparé par un engorgement inflammatoire. La gangrène partielle peut se développer dans toutes les parties du poumon; elle doit être considérée sous l'état d'eschare, de sphacèle déliquescent, et celui d'excavation formée par le ramollissement complet et l'évacuation de la partie gangrenée. L'eschare gangréneuse peut se faire jour dans la plèvre et devient la cause d'une pleurésie ordinairement accompagnée d'un pneumothorax. Quelquefois la cavité pénètre en même temps dans la plèvre et dans les bronches. Les excavations gangréneuses produisent la pectoriloquie, comme les excavations tuberculeuses. Quand elles communiquent en même temps avec la plèvre et les bronches et qu'elles ont déterminé la pleurésie avec pneumo-thorax, elles donnent lieu au tintement métallique.

L'emphysème du poumon est peu connu; il est assez commun; il donne lieu à l'agrandissement inégal des cellules pulmonaires; elles varient alors depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une fève de haricot; elles ne dépassent pas ordi-

nairement la surface du poumon, mais quelquefois elles y forment une légère saillie. Dans ce dernier cas le poumon paraît vésiculeux, comme celui des batraciens. Dans un plus haut degré les vésicules aériennes se rompent, il se fait dans le tissu cellulaire un véritable épanchement d'air qui donne lieu à des phlyctènes irrégulières plus ou moins volumineuses ; elles peuvent atteindre le volume d'un œuf, et se déplacent facilement sous le doigt. Les poumons ainsi emphysémateux, au lieu de s'affaisser lorsqu'on les sort de leur cavité, semblent s'échapper avec violence, ils sont moins compressibles et plus durs qu'à l'ordinaire, la crépitation est d'une nature particulière ; ils sont plus légers, plus secs que dans l'état sain. Les signes généraux de cette maladie sont équivoques, l'auscultation jointe à la percussion donne des signes certains de sa présence. La respiration ne s'entend pas, et la poitrine rend cependant un son *très clair;* si la respiration s'entend, elle est faible, et les points où elle se fait entendre varient d'un moment à l'autre. Si la maladie est légère, on entend quelquefois un râle qui ressemble au cliquetis d'une petite soupape ; il est rare et non continu. Cette lésion peut être confondue avec le catarrhe pulmonaire et le pneumo-thorax ; nous verrons plus tard comment on peut les distinguer.

Des productions accidentelles développées dans le poumon. Lorsque les tumeurs sont volumineuses,

le cylindre les indique par l'absence de respiration dans le lieu qu'elles occupent. Si elles sont petites, et le poumon sain dans l'intervalle, le cylindre n'indique rien : c'est ainsi que pour les tubercules crus et disséminés, et dont les intervalles sont sains, il ne donne pas plus de signes que la percussion. Les tumeurs pourraient être reconnues sous le sternum, par l'absence de la respiration, qu'on entend parfaitement dans l'état sain. Des *kystes* volumineux se développent parfois dans le poumon : le cylindre peut les faire soupçonner. On peut en dire autant des *hydatides* ou *acéphalocystes.* Des productions *cartilagineuses*, *osseuses*, *pétrées*, *crétacées*, se rencontrent souvent dans le poumon : lorsqu'elles sont peu volumineuses, elles ne peuvent pas même être présumées par l'auscultation.

Les *mélanoses* sont une espèce de cancer des moins communs, qui se présentent sous divers états, mais que nous ne décrirons pas ici, vu que l'auscultation ne fournit aucun signe pour les reconnaître.

Les *encéphaloïdes* du poumon sont une espèce de cancer des plus communs, que le cylindre peut indiquer simplement lorsqu'elles sont volumineuses. Par cette raison, nous les passerons sous silence.

La respiration fournit quelques signes pour reconnaître les tubercules simples ; et bien qu'ils soient équivoques, ils ne doivent pas être dédai-

gnés. Si les tubercules sont accumulés dans un seul endroit, le son est mat et la respiration nulle. La respiration est sonore aux endroits qui correspondent à des excavations; même quand le son est mat par la percussion, le murmure qui existe dans l'état naturel ne se fait pas entendre dans ce dernier cas. L'expiration produit un bruit plus fort que l'inspiration, chez les individus qui ont des excavations profondes. Ce signe annonce qu'une caverne vide, existant au milieu d'un tissu crépitant, communique avec les bronches par une seule ouverture ou par un petit nombre.

La *pleurésie* peut être reconnue par les symptômes généraux, locaux; et les signes que fournit la percussion ont fort peu de valeur dans cette inflammation. L'auscultation en fournit de bien plus certains pour reconnaître l'épanchement pleurétique et son abondance. Ces signes sont une grande diminution, ou l'absence totale de la respiration, la disparition et le retour de *l'égophonie*. Si l'épanchement est prompt et abondant, la respiration cesse ou ne s'entend qu'à trois travers de doigts de la colonne vertébrale, et avec moins de force que du côté opposé. C'est un signe certain (s'il survient après quelques heures de maladie) d'un épanchement abondant. Dans la péripneumonie, l'absence de la respiration est plus graduelle, plus inégale, et précédée d'un râle *crépitant*. Lorsque la cessation de la respiration est

totale et absolue, c'est un mauvais signe; la pleurésie passera à l'état chronique. Chez les enfants et les individus bien constitués, cet accident a rarement lieu; la respiration continue à se faire entendre, quoique légèrement, mais mieux vers la racine du poumon. Le son reste mat, quand la respiration recommence à se faire entendre; elle est quelquefois *puérile* du côté sain, quand l'épanchement est peu considérable. L'ordre dans lequel la respiration recommence à se faire entendre, est celui-ci: la partie moyenne du dos, la partie antérieure et supérieure du thorax, le sommet de l'épaule, sous l'omoplate, le côté, et les parties inférieures, antérieure et postérieure. Cet ordre est quelquefois interverti par la présence des adhérences qui permettent à la respiration de se faire entendre pendant tout le cours de la maladie, dans les endroits correspondants.

Ces signes de résolution sont souvent très lents dans leur apparition successive. Le côté affecté est ordinairement dilaté; cette dilatation disparaît aussi avec l'épanchement. Nous verrons plus tard que l'égophonie n'est pas un signe certain d'un épanchement moyen. Il est des pleurésies dans lesquelles le côté affecté ne redevient jamais sonore, quoique la maladie soit bien terminée; la poitrine est manifestement plus étroite de ce côté, les côtes sont plus rapprochées, et l'épaule est plus basse que celle du côté opposé. La

respiration n'est pas sensiblement gênée. Cet état est dû à la formation d'une fausse membrane épaisse, couenneuse, qui enveloppe le poumon et l'empêche de se dilater, et finit par devenir fibro-cartilagineuse. Le son mat par la percussion et l'absence de respiration, partout ailleurs qu'à la racine du poumon, doit faire reconnaître cet état. Dans ce cas, le poumon ressemble parfaitement à la chair musculaire.

La gangrène de la plèvre est une maladie fort rare; l'auscultation ne saurait la faire reconnaître. La *pleurésie circonscrite* pourrait être présumée par ce moyen, en y joignant surtout l'étude des symptômes généraux.

L'*hydrothorax idiopathique* est beaucoup plus rare qu'on ne croit. Elle n'existe ordinairement que d'un seul côté. Les signes sont les mêmes que pour la pleurésie. Les symptômes généraux et la marche de la maladie peuvent seuls la faire distinguer de la pleurésie chronique.

L'*hydrothorax symptomatique* est très commune, et donne lieu à ces mêmes signes, qui ne se manifestent d'ailleurs que peu de temps avant la mort.

Des *productions accidentelles* de la plèvre peuvent déterminer un épanchement; le cylindre fera reconnaître l'épanchement séreux, mais non l'altération qui l'occasione. On peut en dire autant de l'épanchement sanguin. Les corps solides développés dans la plèvre pourraient être reconnus, à

l'absence de la respiration survenue lentement, graduellement, et non subitement, comme dans la pleurésie et l'hydrothorax, à l'absence du *râle crépitant* qui caractérise la péripneumonie, et à la présence de la respiration à la racine du poumon.

Les *hernies intestinales diaphragmatiques* seraient fort aisées à reconnaître à l'absence de la respiration, au bruit des borborygmes. Celles du poumon à travers les muscles intercostaux pourraient aussi être reconnues au bruit occasioné par la pénétration et la sortie de l'air.

Les symptômes du *pneumo-thorax*, quelles que soient sa nature et sa cause, sont fort obscurs et peu connus. Le véritable signe de cette affection se trouve dans la comparaison des résultats obtenus par l'auscultation et la percussion. Lorsque la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre, et que la respiration ne s'entend pas du côté sonore et s'entend bien de l'autre, il y a pneumo-thorax. La respiration se fait toujours entendre légèrement à la racine du poumon : ce phénomène sert à distinguer cette maladie de l'emphysème du poumon. Dans ce dernier, l'absence de la respiration n'est jamais aussi complète, elle s'entend d'une manière variable dans certains points, et s'accompagne d'un râle léger, qui n'a pas lieu dans le pneumo-thorax. D'ailleurs l'épanchement d'air dans la plèvre est promptement mortel; les progrès de l'emphysème sont fort lents.

Exploration du rale. M. Laennec entend par *râle* tous les bruits produits par le passage de l'air à travers les liquides contenus dans les bronches ou le tissu pulmonaire ; ils sont très variés : on peut en distinguer quatre espèces principales : 1° le râle humide ou *crépitation ;* 2° le râle muqueux ou *gargouillement;* 3° le râle sec, sonore, ou *ronflement;* 4° le râle *sibilant*, ou *sifflement.* Nous avons parlé du râle *crépitant :* on ne l'observe que dans la péripneumonie, l'œdème du poumon, et quelquefois dans l'hémoptysie. Le râle *muqueux*, ou *gargouillement*, est le râle des mourants : c'est le seul qu'on puisse entendre à l'oreille nue ; le cylindre le fait entendre dans quelque partie du poumon que ce soit. Le *râle sonore*, *sec*, ou *ronflement*, consiste dans un son plus ou moins grave, et quelquefois extrêmement bruyant, qui ressemble au ronflement, au son d'une corde de basse, et quelquefois au roucoulement de la tourterelle; il est circonscrit, et n'a lieu que dans des fistules pulmonaires ou dans des tuyaux bronchiques dilatés. Sa cause est difficile à déterminer. *Le râle sibilant*, *sec* ou *sifflement*, tantôt prolongé, aigu, grave, sourd ou sonore, tantôt de courte durée, ressemble aux cris des petits oiseaux, au cliquetis d'une petite soupape, etc., etc. : ces diverses espèces existent à la fois, ou se succèdent à divers intervalles. Il est dû à une mucosité peu abondante, mais très visqueuse. Lorsque le cylindre est appliqué directement sur le

point où le râle a lieu, une sorte de frémissement léger se communique à l'instrument. Ce frémissement ne se fait point sentir, si le point où le râle existe est éloigné du stéthoscope. Le râle muqueux et le râle crépitant s'entendent moins loin que les deux autres. Le râle offre d'ailleurs une foule de variétés impossibles à décrire et que l'exercice apprendra. L'ouïe apprécie le volume des bulles d'air qui traversent les liquides contenus dans le poumon, et sous ce rapport le râle est *très gros*, *gros*, *moyen*, *petit* ou *menu*; il est *abondant* ou *rare* selon la quantité des bulles, etc. Le râle muqueux est plus souvent gros, le râle crépitant menu.

L'œdème du poumon est une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel qu'elle diminue sa perméabilité à l'air : le poumon est d'un gris pâle, exsanguin, plus pesant, plus dense que dans l'état naturel, et ne s'affaisse pas ; il est encore crépitant, conserve un peu l'impression du doigt; et si on l'incise, laisse écouler une *sérosité* abondante, presque incolore, légèrement fauve, transparente, à peine spumeuse. Les symptômes de cette maladie sont très incertains. Par le cylindre la respiration est obscure et le râle crépitant se fait entendre comme dans le premier degré de la péripneumonie ; pour distinguer ces deux affections, il faut donc le concours des symptômes généraux. La complication de cette maladie

avec l'emphysème en rend le diagnostic fort obscur, il en est de même avec la péripneumonie.

L'apoplexie pulmonaire est très commune, elle est le résultat d'une exhalation sanguine dans le parenchyme pulmonaire; son symptôme principal est l'hémoptysie, et ses caractères anatomiques sont un endurcissement fortement hépatique, partiel, d'un à quatre pouces cubes, circonscrit, dur à sa circonférence comme au centre; la substance pulmonaire contiguë est pâle, saine et crépitante; la partie engorgée est d'un rouge foncé, noirâtre, d'une couleur tout-à-fait homogène, offrant des granulations plus fortes que dans l'hépatisation; quelquefois le centre est ramolli et présente un caillot de sang pur. On rencontre quelquefois deux ou trois engorgements semblables, sur le même sujet. La percussion ne peut pas faire distinguer toujours cette lésion, qui peut être profondément située; l'absence de la respiration et le *râle muqueux*, dont les bulles paraissent très grosses, semblent se dilater en parcourant les bronches et se rompre par excès de distension, sont deux signes non équivoques que donne le stéthoscope.

Dans l'hémoptysie bronchique, le même râle existe, mais on entend la respiration partout.

Le râle fournit plusieurs signes dans la phthisie pulmonaire. Lorsqu'il existe une excavation ulcéreuse, encore remplie en partie de matière tuberculeuse ramollie et communiquant avec les bron-

ches, il existe un râle muqueux qui ne s'entend que dans les points correspondants de la poitrine. Ce signe précède la pectoriloquie de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. La toux produit le même phénomène; et lorsque la matière tuberculeuse est très ramollie, on entend la fluctuation et même une espèce de *tintement*. Dans quelques cas on entend un véritable *glouglou*, qui annonce des cavités anfractueuses, communiquant entre elles par des conduits plus longs que larges.

Le *catarrhe pulmonaire* peut être reconnu par les résultats de l'auscultation réunis à ceux de la percussion. Le râle est un des principaux signes de cette maladie; il est très bruyant, même dès le principe. Il est sonore, grave, parfois sibilant. A mesure que la sécrétion bronchique devient plus abondante, le *gargouillement* ou *râle muqueux* se fait entendre, il diffère du râle des mourants en ce qu'il est un peu moins fort, et qu'il permet d'entendre la respiration. Le râle peut faire apprécier l'étendue de la partie affectée; en effet il est circonscrit quand la maladie est partielle, et s'entend dans toute la poitrine si elle est générale. Ce dernier cas est fort rare. La respiration est suspendue dans le lieu affecté, ce qui est dû à l'obstruction des rameaux bronchiques par le mucus pulmonaire. Cet état n'est souvent que momentané. En percutant la poitrine elle résonne dans cet endroit : ce signe distingue ce cas de la péripneumonie; mais

il est commun avec l'emphysème et le pneumothorax : les caractères de ce dernier ne peuvent donner lieu à aucune erreur. L'emphysème pourrait être confondu avec le catarrhe, n'était que c'est une maladie sans fièvre, peu grave et essentiellement chronique. Au reste, dans le catarrhe, la respiration n'est suspendue que pendant un temps fort court; lorsqu'elle paraît, elle est plus forte, quelquefois *puérile*, ce qui s'entend sur tous les points où la respiration peut être entendue. Il existe dans des régions diverses différentes espèces de râle, surtout le râle muqueux. Dans l'emphysème, le râle est rare et faible, semblable au cliquetis d'une petite soupape; la suspension de la respiration est beaucoup plus longue; les points où elle ne s'entend pas sont plus étendus ; la respiration est faible là où on peut l'entendre.

Le *croup* et la *coqueluche* n'ont pas été observés par M. Laennec.

Le *catarrhe chronique*, qui ressemble tant à la phthisie, peut être reconnu lorsqu'après avoir suivi le malade pendant un certain temps, il ne présente ni la pectoriloquie, ni le gargouillement, ni l'absence constante de respiration, ni la respiration *trachéale*. Le catarrhe chronique peut être humide ou sec : le premier peut être muqueux, c'est-à-dire avec crachats épais et opaques ; ou pituiteux, avec crachats filants, incolores, transpa-

rents. Dans le *catarrhe muqueux*, le râle est muqueux et la respiration parfois *puérile*. Dans le *pituiteux*, le râle est sibilant ou sonore, et la respiration rarement *puérile*. Le catarrhe sec reconnaît les mêmes signes que l'emphysème du poumon, auquel il donne souvent naissance.

Le *râle trachéal* est celui qui se passe dans le larynx, la trachée-artère et l'origine des troncs bronchiques. Il est le seul qu'on puisse entendre à l'oreille nue : à l'aide du cylindre, il prend presque toujours le caractère *muqueux;* quelquefois pourtant il est sonore, grave ; il fait d'ailleurs entendre des bruits variables, et un frémissement qui indique sa proximité ; quand il est fort, il indique une hémoptysie grave, ou un paroxysme du catarrhe des vieillards. On l'observe chez les agonisants.

Le *tintement métallique*, qui ressemble parfaitement au bruit que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine, que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable, se fait entendre quand le malade respire, parle ou tousse. Il dépend toujours de la résonnance de l'air agité par la respiration, la toux ou la voix, à la surface d'un liquide qui partage avec lui la capacité d'une cavité contre nature. Il ne peut exister que dans deux cas : 1° dans celui de la coexistence d'un épanchement séreux

ou purulent dans la plèvre avec un pneumo-thorax; 2° lorsqu'une vaste excavation tuberculeuse est à demi pleine d'un pus très liquide.

Percussion du thorax.

Les auteurs sont dans l'usage de renvoyer les signes fournis par la percussion à l'examen de l'habitude extérieure du corps; mais ces signes appartiennent d'une manière si rigoureuse aux maladies de la respiration et de la circulation, que nous croyons devoir les exposer immédiatement après ceux que nous fournit l'auscultation. D'ailleurs peu importe l'ordre dans lequel ces signes sont exposés, l'important c'est qu'ils le soient.

La percussion du thorax est un des moyens investigateurs les plus sûrs et les plus précieux entre les mains des médecins qui savent l'employer avec habileté.

Dans l'état naturel, le son que donne la percussion est en général un peu plus obscur dans la région du cœur, dans celle du foie, sur le trajet de la colonne vertébrale et sur les omoplates. L'embonpoint obscurcit le son, ainsi que l'infiltration des parois thoraciques.

Si dans un des points du thorax le son obtenu est évidemment mat comme celui que donnerait la percussion de la cuisse ou approchant, on devra conclure qu'il y a maladie dans cet endroit. La lésion est d'autant plus étendue que le

son est mat dans un plus grand espace. La matité du son prouve que l'air ne pénètre plus dans le tissu pulmonaire, ou qu'un corps solide ou liquide s'est interposé entre le poumon et les parois du thorax. Pour distinguer quelle est la nature de la cause qui produit cette matité, il faut percuter le malade dans des positions diverses ; si, en changeant de position, le son mat varie de région, s'il occupe toujours les points les plus déclives, et le son clair toujours les parties les plus élevées, on conclura que la cause est un liquide. Il existe cependant une exception à cette règle, c'est que le liquide peut être retenu par des adhérences anciennes, et ne pas suivre les lois de la pesanteur.

Cependant si le son reste constamment mat, quelle que soit la position que l'on donne au thorax, on doit conclure que l'obstacle est de nature solide.

On a dit que dans la pleurésie le son était plus ou moins obscur; cela peut être vrai lorsqu'il se forme un épanchement, ou lorsque des couches albumineuses ont singulièrement épaissi les parois du thorax, ce qui est rare. Dans les autres cas, la pleurésie ne donne pas lieu au son mat de la poitrine. Ce son mat appartient surtout à la pneumonie.

Dans les premiers jours d'une pneumonie, lorsque l'air pénètre encore dans les cellules pulmo-

naires, le son n'est point encore mat; mais vers le second ou le troisième jour, le son commence à s'obscurcir. Vers le quatrième jour le son est *percussi femoris instar*. Ce phénomène se manifeste d'autant plus rapidement que la maladie marche avec plus de violence et d'intensité. Le son redevient clair à mesure que la résolution s'opère, c'est-à-dire à mesure que l'air recommence à pénétrer dans le poumon.

On a avancé qu'on obtenait les mêmes résultats de la percussion dans la cardite et dans la péricardite, mais ces prétentions ne sont pas fondées. Ce signe est fort incertain dans ces maladies.

On croit avoir observé que dans quelques phlegmasies aiguës de la peau le son était obscur avant la manifestation de l'éruption, mais à quoi raisonnablement attribuer ce phénomène? Le son redevient clair, dit-on, après que l'éruption a paru. Ce son mat aurait-il aussi lieu après la guérison plus ou moins rapide de quelques maladies chroniques de la peau? cela peut être, s'il est survenu quelque épanchement ou quelque maladie aiguë ou chronique du poumon.

Ainsi le son mat a lieu quelquefois dans la pleurésie, ordinairement dans la pneumonie, lorsqu'il existe dans le poumon une agglomération très dense de tubercules, de granulations; un cancer de cet organe, une mélanose étendue, une tumeur accidentelle, des calculs, des kystes, un œdème, etc.;

un épanchement séreux, sanguinolent, purulent: on l'observe dans les anévrysmes du cœur, dans l'hydrothorax.

Il est quelques circonstances où le son est plus clair que dans l'état naturel. Dans l'emphysème du poumon, dans le pneumo-thorax, et même dans quelques phthisies qui ont produit des excavations étendues du poumon, et qui ont déterminé une émaciation considérable ; lorsque l'estomac et les intestins distendus par des gaz ont refoulé le diaphragme, on observe cette anomalie.

Lorsqu'on imprime une légère secousse à la poitrine d'un malade, on entend quelquefois une espèce de fluctuation, qui ressemble assez exactement au bruit que fait entendre une bouteille à demi remplie. Ce bruit indique l'existence d'un épanchement de liquide et d'air dans la cavité de la plèvre. Les deux fluides se partagent alors à peu près cette cavité. Lorsque l'un des deux prédomine beaucoup, ce son n'a pas lieu; à plus forte raison lorsqu'il existe seul. L'estomac à demi rempli de liquides et de gaz rend un bruit analogue, mais cependant facile à distinguer au moyen du cylindre, et surtout à l'aide des autres signes de la maladie.

Nous parlerons de la mensuration de la poitrine, en traitant de l'habitude extérieure du corps.

Quant aux signes fournis par la pression abdominale, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous

avons dit en parlant de la manière d'examiner les malades.

Phénomènes accessoires de la respiration considérés comme signes diagnostiques.

Dans les maladies le rire dépend fréquemment d'une lésion cérébrale, mais difficile à déterminer ; elle est la même que celle qui produit le délire, puisque le rire, lorsqu'il n'est pas excité par une cause ordinaire, morale ou physique, est un signe de délire. Cette observation n'avait pas échappé à un homme bien remarquable, sourd-muet de naissance, et cependant doué d'une sagacité extraordinaire. On demanda à Massieu s'il avait des frères et des sœurs, il répondit qu'il en avait ; et comme on s'informait de leur caractère : « Ma sœur, dit-» il, rit sans motif ; » ce qui est le type de l'idiotisme. Rien n'annonce, en effet, l'imbécillité d'une manière plus certaine que ce rire hébété perpétuel.

Les personnes qui se complaisent dans les détails exubérants ont distingué des rires d'un grand nombre d'espèces : le rire à voix basse ou ricanement, le rire bruyant ou sonore, le rire modéré, passager, fugace, persistant, entrecoupé, continu, redoublé, véhément, gai, joyeux, franc ou affecté, malin, moqueur, etc. Nous pensons que ces distinctions n'ont rien de bien utile pour l'art.

Le rire n'est presque jamais un signe d'une lésion

des organes qui l'exécutent, mais presque toujours celui des organes qui le commandent.

On le remarque principalement dans les névroses ; on sait que les femmes hystériques éprouvent des accès de rire involontaire, comme des accès de tristesse et de larmes : les hypochondriaques présentent aussi ce phénomène, ainsi que les maniaques.

Le bâillement est le signe précurseur de la plupart des maladies aiguës ; il précède aussi presque toutes les névroses. Il annonce les attaques de goutte, d'hystérie, d'épilepsie, d'hypochondrie ; on l'observe fréquemment dans les premiers mois de la grossesse. Il se montre assez souvent dans les maladies aiguës du cerveau et de ses dépendances, et dans les affections sympathiques de cet organe. On a pensé que le bâillement était sollicité par la difficulté de la circulation pulmonaire, qu'il faisait cesser au moins momentanément : quoi qu'il en soit, le bâillement n'est point donné comme un signe direct des maladies des organes respiratoires.

L'éternuement se présente assez souvent dans l'inflammation de la pituitaire, dans l'imminence de l'apoplexie, dans la congestion cérébrale, dans la période d'incubation de certaines éruptions aiguës, et principalement de la rougeole. Enfin tout ce qui détermine une irritation de la pituitaire peut occasioner l'éternuement, et l'afflux du sang produit cet effet.

Comme la plupart des signes précédents, le hoquet est bien plutôt un phénomène cérébral qu'un symptôme d'une lésion de la respiration. Il est presque toujours sympathique. Les hystériques, les hypochondriaques, y sont surtout exposés; il se montre dans l'aménorrhée; il caractérise quelquefois à lui seul les accès de fièvres intermittentes. Il est souvent produit par l'irritation de l'estomac, par des vers, par des substances dépravées, accumulées dans ce viscère; on l'observe dans la péritonite arrivée à une période fâcheuse, dans la hernie étranglée, enfin dans les inflammations violentes des organes digestifs. Il suit quelquefois la suppression d'un exutoire, d'un exanthème; les grandes opérations chirurgicales, les hémorrhagies abondantes peuvent être accompagnées de ce fâcheux symptôme.

La toux, avons-nous dit, a été distinguée en idiopathique et en sympathique. Si elle est quelquefois sympathique, elle est bien plus ordinairement idiopathique; je pense même qu'on a admis la toux sympathique avec beaucoup trop de légèreté. Malgré l'autorité de Dehaën et d'un grand nombre d'autres auteurs, j'oserai dire que, dans le phénomène qui nous occupe, on a beaucoup trop perdu de vue les organes chargés de l'exécuter, pour aller chercher les altérations qu'on croyait le produire dans des organes très éloignés, et qui n'ont aucun rapport avec ceux de la respiration.

Enfin on a trop oublié ce premier principe de la médecine organique, c'est-à-dire que lorsqu'une fonction est lésée, c'est d'abord dans l'organe chargé de cette fonction qu'il faut chercher l'altération. Ainsi lorsqu'on nous dit qu'une toux opiniâtre et rebelle à tous les remèdes n'a cessé que lorsqu'un corps oblong et calleux est sorti de la matrice d'une jeune fille, si le fait est vrai, on doit penser que ces deux phénomènes ont coïncidé; mais il faut se garder d'avoir la bonhomie de croire que l'un est l'effet de l'autre, une telle simplicité est bien peu philosophique.

C'est d'après le principe que nous venons d'émettre, que nous avons élevé des doutes sur la toux stomacale et la coqueluche. On lui donne le caractère d'être sèche, d'augmenter par l'ingestion des aliments, de diminuer par le vomissement, etc. Persuadé que bien qu'il existe des phénomènes évidemment sympathiques, ce n'est cependant pas ordinairement l'estomac qui fait tousser, j'ai été conduit à faire des recherches à ce sujet.

Chargé de soigner la santé de la population nombreuse du quartier Saint-Marcel, j'ai eu de fréquentes occasions d'observer des *coqueluches* chez les enfants de cette division. J'en ai envoyé un grand nombre à l'hôpital des enfants malades; leur maladie a été caractérisée de *coqueluche* par les médecins de cet établissement, sans doute très habiles à reconnaître cette affection. Quelques uns de

ces enfants sont morts ; je les ai fait ouvrir avec un grand soin, et j'ai constamment trouvé chez eux des altérations des organes respiratoires. La plus fréquente de ces altérations est la péripneumonie, tantôt simple, tantôt double ; la pleurésie, et le catarrhe.

La toux est sèche, parceque les enfants ne peuvent pas expectorer; elle augmente par l'ingestion des aliments, parceque la distension de l'estomac empêche la dilatation du diaphragme; si elle est soulagée par le vomissement, ce qui n'est pas démontré, ce ne peut être que momentanément, et en favorisant l'expulsion des matières contenues dans le ventricule et dans les bronches, etc. J'ai fait part à M. Guersent de mes doutes sur l'existence de cette maladie, et j'ai vu avec satisfaction que ce médecin recommandable pensait aussi que les coqueluches étaient en général des phlegmasies thoraciques et surtout bronchiques.

La toux idiopathique peut être occasionée par l'irritation du larynx et la trachée-artère, on l'a nommée toux gutturale. La toux proprement dite, la toux pectorale, accompagne toutes les maladies aiguës et chroniques des organes renfermés dans la poitrine. Dans l'état de santé, toutes les causes qui irritent les organes de la respiration peuvent déterminer la toux. La respiration d'un air froid, des gaz irritants, de l'air chargé de poussière, de fumée, etc., causent la toux.

Dans le commencement des inflammations de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes, et dans celle du poumon lui-même, la toux est sèche ; elle présente surtout ce caractère dans la pleurésie, dans la péricardite, et dans l'hépatite, lorsque l'inflammation se propage par contiguité jusqu'à la plèvre. Dans les éruptions aiguës, la toux que l'on observe est en général sèche.

Dans la phthisie laryngée, la toux est petite et sèche. Une toux de même nature, mais opiniâtre, accompagne la phthisie pulmonaire. Il est rare qu'on ne l'observe pas dans cette maladie, où elle augmente en général d'une manière progressive jusqu'au terme fatal.

La toux est rauque dans l'angine de la trachée et dans le croup.

On a admis une toux nerveuse dans l'hystérie, l'hypochondrie, etc. ; elle est alors sèche et férine. Nous pensons qu'on ne saurait être trop réservé sur l'admission de semblables toux ; leur soulagement par les anti-spasmodiques n'est pas une raison suffisante pour les faire adopter ; nous sommes trop peu sûrs de la manière dont agissent nos remèdes.

L'expectoration, l'expuition et le crachement, sont plus ou moins difficiles, plus ou moins douloureux, dans la glossite, l'amygdalite, l'angine laryngée, pharyngée, dans le catarrhe, la pneumonie, la pleurésie, la phthisie, etc., enfin dans toutes les

altérations aiguës ou chroniques des organes chargés d'exécuter ces fonctions.

Des matières chassées au dehors par les actes précédents.

Les matières expectorées, ordinairement formées dans le foyer même du mal, sont du plus grand secours dans le diagnostic des affections de la poitrine. C'est un de ces phénomènes positifs dont la nature est loin d'être prodigue, et sur lesquels nous devons fixer toute notre attention : non que ce signe seul suffise pour nous faire connaître d'une manière invariable et sûre l'état des organes respiratoires, non qu'il ne soit sujet à induire quelquefois en erreur, mais lorsqu'il est observé sévèrement, et accompagné de quelque autre signe, il nous donne sur les maladies qui nous occupent les plus vives lumières ; il est même des crachats d'une telle nature, qu'ils suffisent souvent au médecin exercé pour porter un jugement infaillible.

La couleur des matières expectorées ne sert guère qu'à faire reconnaître leur nature. Des crachats blancs, opaques, sont ordinairement le signe de l'inflammation des bronches. Il existe dans les bronchites chroniques primitives, ou consécutives à des maladies du cœur, des crachats, d'un jaune très brillant, tantôt serin, tantôt semblable à une solution safranée, opaques, dont il est très difficile de déterminer la nature. Nous avons à la Salpêtrière de fréquentes occasions d'observer des cra-

chats de ce genre ; il est indubitable qu'ils appartiennent à l'inflammation des bronches : mais quelle est la cause de cette singulière couleur ? Nous l'ignorons. Dire que c'est une perversion d'exhalation, est-ce apprendre quelque chose ? Nous présumons qu'il entre dans ces crachats une certaine quantité de sang altéré par le travail morbide. On a imprimé, dans un certain Mémoire, que des crachats jaunes, transparents, visqueux, accompagnés d'une douleur au côté droit, avec teinte jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez étaient le signe infaillible des inflammations du foie. Cette erreur de diagnostic est impardonnable ; ces crachats sont, pour ainsi dire, un signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré, et nullement celui d'une hépatite. Dans cette dernière affection, les crachats ne prennent cette couleur que lorsque la maladie est fort avancée, qu'il existe un ictère très prononcé, que la bile a pénétré tous les tissus et tous les fluides de l'économie.

Les crachats jaunes, quoi qu'en ait dit Stoll, ne me paraissent nullement propres à caractériser une prétendue diathèse bilieuse ; il faut être extrêmement réservé sur de semblables diagnostics, et principalement se garder d'en tirer des indications thérapeutiques qui pourraient devenir funestes aux malades.

Dans la pneumonie, les crachats peuvent être

verdâtres, porracés, érugineux, soit dans le principe, soit vers le déclin de la maladie; cette couleur atteste la présence d'une certaine quantité de sang altéré, mêlé aux matières muqueuses.

Les crachats rouillés et rouges sont des crachats sanglants, dont nous allons parler tout à l'heure.

La couleur d'un gris cendré se montre dans la phthisie ulcéreuse, et même dans la fonte d'un tubercule. Les crachats sont quelquefois noirs dans la phthisie mélanée; on a prétendu qu'ils offraient cette couleur dans la gangrène du poumon; mais cette maladie est infiniment rare, et beaucoup plus qu'on ne le croyait autrefois. Il ne faut pas oublier que, dans l'état de santé, quelques personnes expectorent des matières noires. Cette couleur est due aux matières répandues dans l'atmosphère qu'elles respirent : des molécules qui se dégagent de certains corps, de la poussière, la fumée de corps gras en ignition, peuvent produire ce résultat.

La saveur des crachats ne donne que très peu de signes; ils sont âcres dans le catarrhe, ce qui n'a pas toujours lieu; ils acquièrent une saveur douceâtre dans la phthisie et l'hémoptysie. Lorsqu'ils sont âcres, l'irritation est violente.

Des crachats très chauds annoncent la même chose, mais peu de signes décèlent l'accablement, la prostration des forces d'une manière plus incontestable que des crachats froids.

Dans quelques catarrhes, les crachats contractent une odeur forte et repoussante ; mais dans aucune maladie les crachats ne présentent une odeur plus fétide que dans la phthisie ulcéreuse, et dans la gangrène du poumon et de la plèvre. Dans le scorbut, les crachats deviennent fétides en se mêlant à la salive.

Leur forme a attiré l'attention de quelques médecins ; mais leurs observations minutieuses, et pour ainsi dire puériles, méritent à peine d'être rapportées. Cette forme dépend et de la manière dont ils sont détachés et rejetés au dehors, et de la matière qui les compose. Les crachats écumeux indiquent qu'il a fallu plusieurs secousses de toux pour les chasser au dehors ; l'air s'est incorporé avec les matières muqueuses ; s'ils sont filants et visqueux, ils sont aussi expectorés péniblement ; enfin s'ils sont ronds, bien isolés, il ont été excrétés facilement, etc.

Leur consistance est plus importante à considérer. Pour quelques médecins, elle suffit pour caractériser la maladie. Séreux, ils sont en général le signe d'une simple augmentation d'exhalation des bronches sans inflammation préalable. Ces crachats sont, chez les vieillards, consécutifs à une affection organique du cœur. Ils peuvent présenter cet aspect dans la phthisie pulmonaire, dans la pleurésie chronique, enfin dans la plupart des maladies thoraciques qui n'ont pas leur siége dans les

bronches. Muqueux, transparents, ils peuvent exister dans la première et dernière période du catarrhe; dans quelques angines, ils indiquent une très faible irritation, et bien souvent existent sans elle, comme les précédents, et sont aussi, comme eux, consécutifs aux mêmes maladies. On à dit avec raison que des crachats visqueux, gluants, adhérents aux parois du vase qui les reçoit, pouvaient faire fortement présumer l'existence d'une péripneumonie.

La quantité des matières expectorées ne peut donner que peu de signes diagnostiques : on peut dire cependant que leur quantité est fort peu abondante dans le commencement des inflammations, où cette exhalation subit le sort de toutes les autres; qu'elle augmente vers le milieu des maladies thoraciques, et finit par diminuer peu à peu, et cesser complètement. Lorsque la suppression des crachats est subite dans les maladies, il faut conclure que la concentration ou la prostration des forces est portée à un très haut degré.

Les crachats sanglants ou sanguinolents réclament toute notre attention. Il est en effet de la plus haute importance de déterminer leur origine, et la nature de la maladie qui les produit. Il est loin d'être indifférent, pour le traitement et pour le pronostic, que le sang expectoré ait telle ou telle origine.

Les crachats sanglants peuvent provenir des

fosses nasales, de l'arrière-bouche, des gencives, des bronches, du poumon. Le sang qui vient du nez se reconnaît à la préexistence d'une épistaxis; le sang tombe goutte à goutte par l'orifice antérieur des narines ; il est pur, non écumeux, il est rejeté sans toux ; il n'existe aucun signe d'affection thoracique ; il n'y a aucun phénomène de réaction, ou fort peu.

Il est rare que le sang vienne seulement de l'arrière-bouche ; cependant il est des personnes dont ces parties, et principalement le voile du palais et la luette, sont habituellement le siége d'une exhalation sanglante. Alors elles sont légèrement rouges, tuméfiées, douloureuses ; le sang est expulsé en petite quantité, sans toux préalable, sans phénomènes thoraciques, locaux ou généraux.

S'il procède des gencives, les crachats ressemblent à une solution d'eau de gomme dans laquelle on aurait agité et dissous une légère quantité de sang. Quelquefois les gencives sont boursouflées ; d'autres fois c'est par la succion, et même par des piqûres, que les malades sollicitent l'issue de ce sang, afin de tromper le médecin. Il faut être très attentif pour ne pas tomber dans le piége.

Le sang peut venir des bronches, alors il est souvent mêlé à des matières muqueuses épaisses, puriformes ; il indique un catarrhe intense, primitif ou consécutif. Bien entendu qu'il est nécessaire, pour confirmer ce diagnostic, qu'il y ait

absence de péripneumonie, et signes de bronchite.

Il peut être pur, et plus ou moins abondant; alors il constitue une espèce d'hémoptysie, qui peut être *idiopathique*, c'est-à-dire le résultat d'une simple exhalation bronchique. On la reconnaît à l'absence de toute affection primitive ou consécutive du cœur ou du poumon, et aux signes qui lui sont propres. Elle peut être symptomatique, consécutive, c'est-à-dire arriver chez un sujet affecté d'anévrysme du cœur ou de l'aorte; elle est facile à reconnaître aux caractères qui établissent l'existence de ces maladies. Elle peut être supplémentaire d'une autre hémorrhagie, ce qu'il est facile de constater par la disparition de cette autre hémorrhagie. Ce sang est ordinairement vermeil, écumeux.

Le sang venant des bronches peut être mêlé en stries avec des matières muqueuses, claires et filantes : alors ce sont des efforts de toux qui ont déterminé la déchirure de quelques petits vaisseaux. Ces crachats, qu'on remarque dans les catarrhes opiniâtres, s'observent aussi dans les affections du cœur et des gros vaisseaux, chez les prétendus asthmatiques.

Il peut encore être disposé en taches sur des crachats opaques, ce qui indique une inflammation assez profonde des bronches.

Enfin le sang peut venir du poumon; mais il peut être le signe de plusieurs maladies différentes. Il peut aussi être idiopathique, c'est-à-dire le ré-

sultat d'une simple exhalation de la membrane qui tapisse les cellules pulmonaires ; il est alors vermeil, écumeux, plus ou moins abondant, et se montre chez des sujets pléthoriques, exempts de toute affection aiguë ou chronique. Cette exhalation peut être le signe d'une inflammation du tissu pulmonaire; alors les crachats sont seulement teints de sang, rouillés, légèrement écumeux, tenaces, visqueux, et se manifestent avec les autres signes de la pneumonie. Ils peuvent devenir plus ou moins vermeils, quelquefois bruns, livides, lie de vin, etc., ce qui indique ordinairement une altération profonde du poumon. Le sang est aussi le signe de l'apoplexie pulmonaire, dont nous avons parlé. Enfin, il accompagne fréquemment la phthisie pulmonaire, ce qu'on reconnaît aux symptômes de cette affection.

L'hémorrhagie du poumon peut encore être produite par des causes plus éloignées. Elle est souvent consécutive d'une maladie du cœur, ce que l'on voit fréquemment chez les vieillards ; ou bien elle est supplémentaire d'une autre hémorrhagie, par exemple des menstrues, ce que l'on observe chez les jeunes filles.

Dans quelques maladies, les crachats sont purulents. On attachait naguère encore une très grande importance à la nature purulente des crachats. Les médecins pensaient que la présence du pus dans les matières expectorées était le signe

pathognomonique de l'ulcère du poumon, de la phthisie. Des observations récentes ont prouvé que c'était une erreur, et par conséquent que tous les efforts tentés par nos prédécesseurs pour éclaircir ce point devaient être regardés comme non avenus. Darwin, Grasmeyer, Schwilgué, Baumes, et autres, ont entrepris des travaux plus ou moins considérables pour différencier les crachats purulents d'avec les crachats puriformes; et, chose digne de remarque, leurs recherches n'ont abouti à les faire considérer que comme offrant la plus parfaite ressemblance! Et pourquoi en aurait-il été différemment, puisque en effet les crachats qu'on regardait comme véritablement purulents viennent aussi des bronches?

L'expérience prouve que la phthisie pulmonaire peut exister long-temps sans donner naissance aux crachats purulents; que même des phthisiques peuvent succomber sans en avoir jamais rendu, ce qui arrive assez souvent; que lorsqu'ils en rendent, ces crachats peuvent provenir d'un catarrhe qui complique la phthisie, et dès lors, ils ne sont que le signe du catarrhe; ou d'une excavation tuberculeuse communiquant avec les bronches, ce qui n'arrive que dans une période très avancée de la maladie, et ce qui est loin d'être constant.

D'autres fois enfin, et plus souvent, la même expérience démontre que les mêmes crachats purulents surviennent dans beaucoup de bronchites.

Le pus peut exister dans les crachats, lorsqu'un abcès des parties voisines s'ouvre dans les voies aériennes; alors il est rejeté en quantité plus ou moins abondante.

Les crachats contiennent des calculs dans la phthisie calculeuse; on dit avoir observé des hydatides dans les matières expectorées. S'il en est ainsi, il faut présumer que ces hydatides sont parvenues dans le poumon par une communication qui s'est établie entre le foie et lui, par la perforation du diaphragme: et l'on sait qu'il existe des faits de cette nature; ou bien que ces productions se sont formées dans le poumon; on doit en dire autant des vers, etc. Quant aux membranes tubulées qu'on y rencontre dans le croup, elles sont formées dans la trachée-artère et dans les bronches. Les kystes peuvent être produits dans le poumon lui-même.

§ IV. Des phénomènes morbides fournis par la chaleur animale, considérés comme signes diagnostiques.

La chaleur animale nous fournira peu de signes locaux. Malgré les recherches des physiologistes modernes, on ne sait encore d'une manière bien précise quel est l'organe ou l'appareil d'organes chargé de produire la chaleur. Un grand nombre croient aujourd'hui que cette production est encore un acte du système nerveux. Dans l'origine et la ferveur de la chimie moderne, on pensait que la

fixation de l'oxygène par la respiration était la cause de la chaleur; on y joignait la nutrition, qui, en solidifiant les matières alimentaires fluides, donnait le même résultat. Enfin la contraction musculaire a été considérée comme pouvant déterminer un dégagement considérable de chaleur. Un professeur célèbre l'a regardée comme une propriété vitale, reçue avec la naissance. M. Adelon adopte l'opinion que le calorique est dégagé dans les parenchymes, par le sang artériel. De ces hypothèses, qui toutes peuvent être plus ou moins vraies, et de quelques autres qu'il est inutile de rapporter, il résulte que nous ne connaissons pas les organes générateurs de la chaleur animale : car dire qu'elle résulte de l'ensemble des fonctions, c'est apprendre peu de chose.

Cette connaissance serait cependant d'autant plus précieuse pour nous, que sans elle il nous est impossible de déterminer quels sont les changements organiques qu'indiquent la plupart des signes fournis par la chaleur animale. Aussi cette exploration ne nous donnera-t-elle, pour ainsi dire, que des signes généraux et sympathiques.

La chaleur augmente dans les maladies inflammatoires; l'augmentation de la chaleur, lorsqu'elle ne peut pas être attribuée à une cause physiologique, est donc en général un signe d'irritation. Je ne sais jusqu'à quel point est utile la distinction qu'on a établie entre les divers degrés de chaleur,

mais je pense qu'on doit regarder en général son intensité comme en rapport avec l'intensité de l'irritation. Je crois aussi que cette intensité peut recevoir quelques modifications de l'organe malade. Ainsi les inflammations du poumon, du cerveau et de ses enveloppes, celles de la peau, me paraissent occasioner un développement plus grand de chaleur que les autres phlegmasies.

On peut dire en même temps que là où le pouls est fort et fréquent, la chaleur est aussi plus développée. J'ai souvent entendu dire à M. le professeur Pinel que ce moyen était bien moins infidèle, bien plus sûr pour caractériser l'état fébrile, que les signes donnés par le pouls. Nous avons vu en effet que ceux-ci pouvaient varier par une multitude de circonstances, lesquelles n'ont aucune influence sur la chaleur animale. Ce sera aussi un bon moyen de discerner les maladies feintes et dissimulées. Ainsi l'on ne saurait trop fixer son attention sur la chaleur de la peau, comme moyen général de diagnostic; c'est un des plus précieux que nous possédions.

L'augmentation de la chaleur est très sensible dans les paroxysmes des maladies aiguës, dans les hémorrhagies avec surexcitation ; on la remarque aussi dans beaucoup de maladies nerveuses, mais principalement dans l'hystérie, où les malades éprouvent une chaleur intolérable.

Généralement après les frissons qui signalent,

ainsi que nous allons le voir, l'invasion des maladies aiguës, et aussi après celui des fièvres intermittentes, la chaleur éprouve une augmentation générale très manifeste; dans tous ces cas, il est très important de remarquer son intensité.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de l'augmentation générale de la chaleur. Son augmentation peut être partielle, n'occuper que certaines parties du corps, ordinairement correspondantes aux organes enflammés. L'épigastre devient le siége d'une chaleur brûlante dans les gastrites violentes; l'abdomen en général présente ce phénomène dans les entérites et les péritonites. On a observé la même chose sur la poitrine dans la pleurésie, la pneumonie, et même la phthisie avec tendance à la fièvre hectique. La tête, le front principalement, paraissent en feu aux malades atteints de phlegmasies des méninges. Nul doute que la chaleur ne soit plus ou moins augmentée dans tous les organes malades; cette exaltation de chaleur est sensible dans les phlegmasies extérieures; dans l'érysipèle, etc.

On a dit que la chaleur qui se manifestait à l'extérieur, aux points correspondants aux organes enflammés, était le résultat de la sympathie qui existait entre ces parties et ces organes, et cela dans le but de justifier l'application des sangsues sur la partie de la peau la plus voisine du siége du mal. Je pense que cette opinion est une erreur. La cha-

leur dans ce cas, me paraît transmise de proche en proche, comme elle se propage à travers les corps plus ou moins conducteurs, et nullement en vertu d'une sympathie. Nous ne croyons pas inutile d'insister sur cette idée, parcequ'elle nous servira plus tard à tirer une indication thérapeutique.

Dans les maladies cérébrales aiguës, et dans quelques névroses, il se déclare quelquefois des chaleurs partielles, qui occupent tantôt un point, tantôt un autre; c'est un véritable signe *ataxique.*

Dans les phlegmasies, l'augmentation de la chaleur est en général continue, seulement elle augmente dans les paroxysmes; dans les fièvres rémittentes et intermittentes, la chaleur présente ce type, puisque ordinairement elle succède au froid.

Dans les maladies la chaleur est souvent au-dessous du type physiologique.

La plupart des maladies aiguës, telles que les phlegmasies, les hémorrhagies, commencent par une diminution plus ou moins prononcée de température, et même par un véritable frisson. C'est un phénomène très important à observer, d'abord parcequ'il sert à fixer d'une manière précise l'invasion des maladies, souvent fort difficile à déterminer à cause des prodrômes qui se confondent avec elles; en second lieu, parcequ'il annonce presque toujours une maladie aiguë et surtout une irritation. Dans ce cas comme dans les suivants il faut avoir égard à la durée, à l'intensité et au ca-

ractère du froid ou du frisson : plus le froid est violent et prolongé, plus on doit redouter une maladie violente. Il faut aussi avoir égard à la partie d'où il semble naître.

Le froid ou frisson est un des principaux caractères des fièvres intermittentes. Il peut se manifester tous les jours, tous les deux jours, ne revenir que le troisième ou le quatrième ; on cite même des exemples où le retour périodique du froid avait lieu à des intervalles plus éloignés. Il prend aussi le type rémittent ; enfin, il peut être continu.

Le froid continu, dans les phlegmasies, les hémorrhagies ou les maladies chroniques, annonce ordinairement la chute complète des forces.

La diminution de chaleur ainsi que son augmentation est générale ou locale. Dans ce dernier cas, s'il survient une horripilation dans un lieu correspondant à un organe enflammé, on doit craindre que cette inflammation ne se termine par la suppuration.

Le froid continu et glacial des extrémités survenant dans quelque phlegmasie que ce soit, annonce la concentration des forces ou une grande prostration.

Lorsqu'il survient des frissons dans le cours des maladies aiguës, leur marche naturelle est intervertie.

Les convulsions, les spasmes, les accès d'hys-

térie, s'annoncent souvent par un frisson qui a son siége sur le trajet de la moelle épinière. Ce phénomène se conçoit facilement.

La diminution de la chaleur, ainsi que son augmentation, peut être réelle ou illusoire; dans ce dernier cas, il existe presque toujours un vice de perception, une espèce de délire ou une aberration dans la calorification. On doit ranger parmi les anomalies de la chaleur ces cas où les malades auraient une douleur brûlante, tandis que leur peau est à la température naturelle ou même au-dessous, et ceux où ils se plaignent d'un froid insupportable, tandis que leur peau est rouge, colorée et chaude au toucher. M. Chomel rapporte un cas de cette nature, et j'ai eu aussi l'occasion d'en observer un pareil. La malade avait un frisson violent avec claquement des dents, tandis que sa figure était rouge et animée, sa peau chaude, son pouls développé.

Dans une multitude de cas, le froid et le chaud se succèdent avec rapidité d'un moment à l'autre; dans les phlegmasies, la suppuration est alors imminente; mais dans bien des circonstances ce n'est qu'un phénomène nerveux. Des alternatives analogues de chaleur et de froid se rencontrent chez les femmes parvenues à leur âge climatérique et chez les jeunes filles qui deviennent nubiles.

Dans les maladies chroniques, la température s'éloigne peu de l'état ordinaire, soit en plus, soit

en moins; elle ne s'élève sensiblement que lorsqu'il s'établit un travail inflammatoire.

§ V. Des phénomènes morbides des appareils exhalants, considérés comme signes diagnostiques.

Le diagnostic local s'éclaire peu des signes fournis par l'exhalation cutanée; cette fonction ne donne guère plus de lumières pour le diagnostic général; mais elle est une source féconde en signes pronostiques, et la doctrine des crises surtout est riche de ses données.

Quoi qu'il en soit, on peut faire observer que la diminution de l'exhalation cutanée, qui produit la sécheresse de la peau, survient dans la première période de la plupart des maladies aiguës. Cette coïncidence de la sécheresse de la peau avec cette période des maladies aiguës doit faire regarder ce phénomène comme un signe d'irritation. A cette époque cette diminution d'exhalation est commune avec celle de toutes les autres membranes, et même avec la diminution des sécrétions. Elle n'est remplacée par aucune autre évacuation supplémentaire, ce qu'il est très difficile d'expliquer. Dans une autre époque des maladies, on observe souvent que la diminution de l'exhalation de la peau coïncide avec l'augmentation d'une autre sécrétion : ainsi lorsqu'il existe un dévoiement abondant ou des urines très copieuses, la peau est en même temps sèche, et ré-

ciproquement; c'est-à-dire que la diaphorèse est active lorsque les exhalations ou les sécrétions intérieures sont dans le repos. On peut dire d'une manière générale que ces fonctions sont succédanées les unes des autres, ce qui cependant n'est pas toujours rigoureux, comme on vient de le voir dans le cas dont nous parlons.

Cette sécheresse de la peau est quelquefois plus prononcée dans certains points que dans d'autres, ce qui pourrait faire soupçonner que les organes sous-jacents sont dans un état de vive irritation, comme on l'observe pour les téguments de l'abdomen dans les entérites et les péritonites très intenses.

L'inverse a bien plus fréquemment lieu. La peau est en effet bien souvent humectée d'une sueur abondante dans les régions qui correspondent à des organes profondément malades. Les téguments du thorax sont souvent couverts de sueur dans la phthisie pulmonaire. On voit quelquefois des sueurs partielles lorsque des phlegmasies intérieures se terminent par suppuration.

Lorsque la sueur est générale, elle peut être critique ou symptomatique; la première, qui se présente d'ailleurs avec certains caractères propres, est toujours accompagnée de l'amélioration de l'état du malade, et quelquefois de sa guérison; la seconde n'apporte aucun soulagement et même aucun changement dans cet état; bien plus, c'est

que les accidents semblent s'aggraver après cette évacuation.

Une sueur très abondante, continue, poisseuse, fétide, accompagnée du dépérissement du malade, est un signe presque certain de l'existence de quelque phlegmasie chronique parvenue à sa dernière période; cette sueur a reçu le nom de *colliquative.* Elle a été donnée comme un signe caractéristique de la suppuration du poumon, et l'on doit avouer qu'on l'observe fréquemment dans le troisième degré de la phthisie pulmonaire.

Des sueurs générales, abondantes, sont presque toujours le signe d'un affaiblissement profond.

La température de la sueur mérite l'attention du médecin ; personne n'ignore qu'une sueur froide annonce une grande faiblesse, et la terminaison fâcheuse des maladies.

L'odeur de la perspiration cutanée varie dans les maladies; mais ce serait bien vainement qu'on prétendrait fonder un diagnostic précis sur l'odeur fade, douceâtre, aigre, acide, ou fétide de la sueur ; ces phénomènes vagues ne doivent pas être négligés lorsqu'ils se présentent, mais ne sauraient être considérés comme des signes certains de vers intestinaux, de scrofules, d'aliénation mentale, d'ataxie, d'adynamie, etc. On doit en dire autant des odeurs communiquées à l'excrétion dont nous parlons par la suppression d'une autre sécrétion, ce qui est au moins douteux.

La consistance de la matière perspirée ne donne guère que des signes pronostiques. Nous pensons qu'une sueur visqueuse ne survient guère que lorsque les forces sont réellement abattues.

Il n'en est pas tout-à-fait de même de la couleur des sueurs ; dans l'ictère, elles teignent le linge en jaune et en vert. On a quelquefois observé des sueurs rouges, sanglantes. Cette espèce d'hémorrhagie cutanée est ordinairement supplémentaire.

Une particularité bien digne de remarque, c'est que l'analyse chimique a souvent démontré dans la sueur la présence d'acides et même d'alcalis qu'elle ne contient pas dans l'état de santé, tels que l'acide phosphorique, l'ammoniaque, etc. Ce phénomène est une nouvelle preuve à ajouter à celles qui nous ont servi à prouver que nos fluides étaient susceptibles d'altérations. On ne sait encore à quelles maladies on peut attribuer cette singulière formation de principes nouveaux ; mais il est incontestable que le savant Berthollet les a reconnus.

— Les modifications éprouvées par l'exhalation muqueuse sont de la plus grande valeur pour caractériser les maladies locales des organes chargés de cette fonction. Nous avons déjà parlé des deux plus importantes exhalations muqueuses de l'économie animale, en traitant des matières expectorées et des fèces. Il nous reste peu de choses à ajou-

ter sur le mucus nasal, sur celui de la vessie, de la matrice et du vagin, etc.; dans tous ces organes la matière exhalée, ou pour mieux dire sécrétée par les glandes mucipares, diminue d'abondance dans la première période des phlegmasies qui les attaquent, et même en général dans toutes les maladies aiguës; elle augmente dans la deuxième, et alors le mucus peut devenir plus ou moins opaque, blanc, jaune, verdâtre, rouge, etc.; ensuite il diminue de consistance et d'opacité, et finit par reprendre tous ses caractères physiologiques, tant par rapport à sa couleur, à sa consistance, qu'à sa quantité, etc. Dans les maladies contagieuses, le mucus paraît être le véhicule du principe infectant; il est difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître, *à priori*, ces qualités dans le mucus.

Dans les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses, les matières exhalées sont généralement plus abondantes et plus opaques que dans l'état sain.

Cette augmentation de l'exhalation muqueuse peut être aussi le signe d'une affection profonde des organes qui l'opèrent, ou d'organes voisins; le cancer de l'utérus, celui de la vessie, etc., produisent un écoulement de mucus épais, fétide, par les parties génitales, etc.

—Les signes diagnostiques fournis par l'exhalation séreuse sont très obscurs. L'expérience basée

sur de nombreuses ouvertures de corps nous a prouvé que, comme toutes les exhalations, celle des membranes séreuses était supprimée dans la première période de leur inflammation; mais cette diminution ne peut être jugée dans le vivant. Cette suppression de l'exhalation séreuse nous avait fait avancer, il y a plusieurs années, que le signe connu sous le nom d'égophonie, donné comme propre à faire reconnaître une certaine quantité de sérosité épanchée dans la cavité pleurale, dans les premiers jours d'une pleurésie, ne pouvait être exact; l'expérience a depuis confirmé notre manière de voir.

L'augmentation de sérosité dans les cavités qui la contiennent, constitue un genre entier d'affection connu sous le nom d'*hydropisies*. Ces hydropisies sont, selon nous, bien plus souvent symptomatiques, c'est-à-dire le phénomène d'une altération plus ou moins profonde d'un organe, qu'idiopathiques, essentielles, c'est-à-dire le résultat de l'augmentation de l'exhalation, ou celui de la diminution de l'absorption. Chez les vieillards du moins nous trouvons les hydropisies presque constamment consécutives d'affections organiques. Les maladies du cœur les occasionent le plus souvent; après elles, les maladies du foie, de l'estomac, et des autres viscères; les inflammations chroniques des membranes séreuses les déterminent quelquefois; quant aux cas d'hydropisies où l'on ne trouve aucune alté-

ration, ils sont extrêmement rares. Cette exhalation consécutive annonce ordinairement que la maladie est arrivée à sa dernière période.

Comme signe diagnostique, nous ajoutons très peu d'importance à la quantité plus ou moins grande de sérosité que nous trouvons soit dans le tissu cellulaire, soit dans les cavités séreuses; ce phénomène ne nous paraît, la plupart du temps, qu'un accessoire insignifiant; la maladie qui le produit mérite seule toute l'attention. Nous pensons que les auteurs, en s'occupant avec le plus grand soin de la quantité de sérosité exhalée dans ces maladies, ont porté leur intérêt sur un phénomène qui en était peu digne.

Cependant lorsque la sérosité est assez abondante elle gêne les fonctions des organes, et peut avancer le terme fatal; mais c'est en général une pauvre médecine, que celle qu'on fait d'après les indications que cette exhalation fournit; il est malheureusement des cas où l'on ne peut en faire d'autre.

La collection de sérosité dans le tissu cellulaire constitue l'œdème, la leucophlegmatie, l'anasarque, qu'on reconnaît aisément.

Dans le thorax, elle produit l'hydrothorax, dont nous donnerons les signes ailleurs; dans le péricarde, l'hydropéricarde, maladie obscure; dans le péritoine, l'ascite, que nous apprendrons à distin-

guer de l'hydropisie enkystée, par le moyen d'un signe nouveau, etc.

La sérosité varie non seulement par sa quantité, mais aussi par d'autres qualités physiques ; sa couleur peut être à peine citrine, rouge, noirâtre ; elle est le plus souvent diaphane ; mais dans quelques inflammations elle est trouble, opaque, floconneuse, blanchâtre ; elle peut même contenir de fausses membranes, etc. ; sa consistance est par conséquent variable.

L'exhalation synoviale offre quelques modifications qui ne sont pas de notre ressort ; nous pouvons en dire autant des exhalations des humeurs de l'œil, et de celle de l'oreille interne, jusqu'à présent fort peu observées.

—Nous avons peu de choses à dire ici sur les exhalations sanglantes ; ce n'est pas qu'elles ne soient en effet presque toujours un signe d'une altération locale, et que, comme telles, elles ne réclament fortement notre attention ; mais on en a fait une classe entière de maladies, dont nous devons nous occuper en traitant du diagnostic spécial ; de plus, elles sont souvent des phénomènes critiques, et celles-ci doivent être placées parmi les signes pronostiques : il nous reste donc à les considérer dans ce moment comme le signe d'une lésion d'organes ; et sous ce rapport, ainsi que sous celui de leur ori-

gine, nous nous en sommes occupé déjà en parlant de l'hémoptysie, de l'hématémèse, etc.

On distingue qu'une hémorrhagie est symptomatique, lorsqu'elle survient dans l'accroissement, dans l'état ou même dans le déclin d'une maladie, sans produire de soulagement; lorsqu'elle se répète souvent, qu'elle est trop ou trop peu abondante, qu'elle est précédée, accompagnée et suivie de signes d'un mauvais caractère.

Des phénomènes opposés ont lieu pour les hémorrhagies critiques. Parmi les hémorrhagies dites symptomatiques, nous pensons que celles qui méritent véritablement ce nom appartiennent à des lésions plus ou moins profondes de tissus, et non à une simple exhalation sanglante : ainsi l'inflammation violente et profonde de certains organes donne lieu à la présence du sang dans les matières excrétées; dans le catarrhe intense, il existe souvent crachement de sang; ce phénomème se montre dans la pneumonie; il y a vomissement sanglant dans quelques gastrites très fortes, et des selles sanguinolentes dans les entérites très vives, etc. Lorsqu'il existe des ulcérations dans quelques organes, il se manifeste fréquemment des hémorrhagies. Cet accident survient quelquefois par la rupture d'une artère ou d'une veine dans l'organe même qui est le siége de l'hémorrhagie, ou dans un organe qui communique avec ce dernier; c'est ce que l'on observe dans l'ouverture d'une poche anévrys-

male adhérente aux poumons, aux bronches, à l'œsophage, ou au conduit intestinal. Dans les maladies du cœur on observe des hémorrhagies consécutives, soit du poumon, soit des intestins, soit autres. Toutes ces hémorrhagies méritent véritablement le nom de symptomatiques; elles ne sont en effet qu'un phénomène des maladies que nous venons de citer. On distingue ces hémorrhagies des autres, par les signes qui caractérisent les affections dont elles dépendent, et que nous donnerons ailleurs.

Quant aux hémorrhagies qui sont l'effet d'une exhalation véritable, indépendante des altérations d'organes dont nous venons de parler, nous pensons que le nom de symptomatiques ne leur convient pas aussi rigoureusement; les épithètes d'*idiopathiques*, de *spontanées*, de *primitives*, leur conviendraient mieux peut-être, n'était qu'on désigne ainsi les hémorrhagies qui ne sont ni symptomatiques, ni critiques, c'est-à-dire celles dont on a voulu faire une classe à part.

Les hémorrhagies sont souvent supplémentaires d'une évacuation sanglante habituelle. C'est ce qu'il n'est pas difficile de reconnaître, ainsi que nous l'avons dit déjà.

Les exhalations de sang ont bien généralement lieu sur les surfaces muqueuses; mais elles peuvent survenir à la peau, aux membranes séreuses, dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans les

tissus parenchymateux; dans la plupart de ces cas, elles ont des signes particuliers, mais elles ne font pas irruption au dehors.

Nous aurons occasion de parler plus tard de la distinction des hémorrhagies en actives et en passives.

Les exhalations sanglantes s'annoncent ordinairement par le prurit, la chaleur, la pesanteur, et souvent même la rougeur de la partie qui doit en être le siége, ou des parties voisines. Nous croyons peu que le pouls puisse annoncer une hémorrhagie par des caractères particuliers.

On doit surtout tenir compte du siége de l'hémorrhagie accidentelle, de la quantité, de la qualité du sang exhalé, et aussi des effets produits par cette exhalation.

Ces effets peuvent être favorables, nuisibles ou indifférents. Quant au siége, il peut être dans les fosses nasales, dans le grand angle des yeux, dans les oreilles, dans les gencives, les membranes buccales, le larynx, la trachée-artère, les bronches, le poumon, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins grêles, les gros intestins, le rectum, les reins, la vessie, la matrice, le vagin. Toutes ces hémorrhagies peuvent être idiopathiques, spontanées, accidentelles, critiques, symptomatiques, primitives, consécutives, supplémentaires, actives et passives.

L'un des points les plus intéressants pour le dia-

gnostic consiste à déterminer si l'hémorrhagie est le résultat d'une simple exhalation morbide, ou si elle est le symptôme d'une affection organique profonde. Les circonstances commémoratives sont d'un grand secours dans ces cas difficiles ; en effet, si l'on apprend que le malade souffre depuis longtemps de l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie, ou aura les plus grandes probabilités pour l'existence d'une maladie organique. Si l'état de la santé était au contraire satisfaisant, on présumera qu'il n'existe qu'une simple exhalation morbide.

Chacune des hémorrhagies dont nous venons de parler ayant d'ailleurs des signes propres que nous ferons connaître, le diagnostic pourra être établi avec certitude.

Les changements éprouvés dans les maladies, par les hémorrhagies habituelles, fournissent plus de signes thérapeutiques que de signes diagnostiques ou pronostiques.

Les signes fournis par l'exhalation purulente et par le pus ont surtout de l'importance pour la chirurgie. En effet, que le pus soit exhalé à la surface de la peau, qu'il soit formé dans le tissu cellulaire, où il se rassemble en foyer ; qu'il soit produit par une plaie, par un ulcère, etc. ; dans tous ces cas les signes qu'il fournit appartiennent à la pathologie externe. Il n'y a guère que les cas où le pus est produit dans le tissu parenchymateux d'un organe qu'il peut être du ressort

du médecin ; mais, dans ce cas, renfermé dans ces parenchymes, ne tombant nullement sous les sens, il ne peut être d'un grand secours pour éclairer sur l'état des organes.

Cependant il peut arriver que même dans ces circonstances le pus se fasse jour au dehors, soit en cheminant à travers le tissu cellulaire vers l'extérieur, soit en sortant par une voie naturelle, par exemple, par les bronches, l'œsophage, le rectum. Alors il peut être important d'examiner les qualités physiques du pus. On doit tenir compte de sa quantité plus ou moins considérable, de sa couleur très variable, de sa consistance et de son odeur, qualités qui font varier le diagnostic, qui font reconnaître à quel organe appartient cette matière, et dans quel état se trouve cet organe. C'est ainsi qu'un pus clair et floconneux décèle ordinairement une altération chronique et profonde, une disposition scrofuleuse ; que son extrême fétidité accompagne la carie des vertèbres, etc. ; que lorsqu'il présente les caractères d'un pus louable, il est ordinairement le résultat d'une inflammation aiguë, récente, du tissu cellulaire. Enfin, comme le mucus, le pus devient contagieux dans quelques maladies ; dans la petite-vérole, dans la syphilis et dans la peste, il revêt la funeste propriété de transmettre ces maladies.

On pourrait encore ranger au nombre des exha-

lations morbides celles qui ont lieu dans la plupart des exanthèmes cutanés.

Le médecin ne doit pas négliger de s'informer de la qualité et de la quantité de pus fournis par les divers exutoires que portent les malades ; l'apparence des plaies qui le fournissent réclame aussi son attention. Lorsque les maladies marchent d'une manière régulière, que l'irritation n'est pas trop violente, le pus est louable, c'est-à-dire médiocrement abondant, d'un blanc jaunâtre, d'une odeur fade, non repoussante, d'une consistance assez prononcée, et la plaie qui le fournit est légèrement rosée.

Lorsque l'irritation est très vive, la suppuration se tarit, la surface de la plaie est d'un rouge vif, sèche, et quelquefois saignante.

Dans les maladies d'un mauvais caractère, le pus est d'une consistance variable, plus ou moins séreux, fétide ; la plaie des exutoires est pâle, blafarde, souvent recouverte d'une espèce de fausse membrane ; quelquefois noire, ecchymosée, saignante, d'une excessive sensibilité, ou totalement insensible.

Ainsi que les autres exhalations, celle-ci diminue dans la première période des maladies aiguës. S'il existe un exutoire avant l'invasion de la maladie, on le voit ordinairement se sécher lorsqu'elle se développe.

§ VI. Des phénomènes morbides des appareils sécrétoires, considérés comme signes diagnostiques.

Les signes que les larmes peuvent donner ne méritent qu'une importance secondaire. Les malades en répandent souvent dans les délires tristes; ils en répandent aussi dans les hémorrhagies cérébrales, dans le ramollissement de l'encéphale, et surtout dans les paralysies qui succèdent à des affections locales de cet organe. L'épiphora est aussi fréquemment le symptôme de quelque maladie des voies lacrymales. Lorsque les conduits chargés de les transmettre dans les fosses nasales sont obstrués par une cause quelconque, le larmoiement involontaire survient. Il a lieu dans l'ectropion de la paupière inférieure; dans l'ulcération des points et des conduits lacrymaux; dans les cas de tumeur et de fistule lacrymales; lorsqu'une tumeur voisine rétrécit ou oblitère le canal nasal, telle qu'une tumeur osseuse, un polype des fosses nasales. Enfin l'épiphora peut dépendre de ce que les larmes étant très abondamment sécrétées, les points lacrymaux ne peuvent suffire à leur absorption.

La sécrétion de la salive peut augmenter par l'effet de certains médicaments comme par l'effet de certaines maladies : nous ne voulons pas parler ici des substances appelées sialagogues, dont l'effet naturel est de provoquer la salivation; mais

bien du mercure qui, pris à l'intérieur surtout, détermine une sécrétion abondante de salive.

Dans la plupart des maladies de la bouche, la sécrétion de la salive peut être augmentée. Chez les enfants, à l'époque de la dentition, dans la glossite, l'amygdalite, dans les aphthes, les abcès des gencives, la carie des dents et des os des mâchoires, dans quelques affections des glandes salivaires, on observe le ptyalisme.

Ce phénomène morbide est aussi quelquefois sympathique; ainsi les femmes enceintes, les hystériques, les hypochondriaques, les aliénés, les malades affectés d'embarras gastriques, ceux qui ont pris un vomitif éprouvent souvent une abondante sécrétion salivaire.

Quelques auteurs croient avoir observé des salivations critiques; il ne répugne nullement à la raison d'admettre que les symptômes d'une maladie aient diminué d'intensité, ou même disparu complètement après une évacuation de ce genre.

La diminution de la sécrétion salivaire doit avoir lieu dans la première période des maladies aiguës en général, c'est ce que fait présumer du moins la sécheresse de la bouche qu'on observe à cette époque.

La salive peut être altérée dans sa nature, elle est souvent âcre et brûlante, et d'autres fois sucrée, sans qu'il soit possible, dans l'état actuel

de la science, de rattacher cela à aucune lésion organique connue. Elle contracte dans la rage et dans la syphilis la propriété contagieuse.

Quant à l'excrétion de la salive, elle est impossible dans l'oblitération ou la compression des conduits excréteurs; dans d'autres circonstances cette excrétion est involontaire, c'est ce qui a lieu dans les fistules salivaires et dans la destruction ou la division de la lèvre inférieure.

Ce que nous avons dit de la bile, en parlant du vomissement et de la défécation, nous dispense d'entrer dans de nouveaux détails sur cette sécrétion, dont l'acte est entièrement dérobé à notre investigation. Nous savons que sa quantité augmente dans le choléra-morbus, et dans quelques affections gastro-intestinales; qu'elle diminue dans l'inflammation du foie; que son excrétion est empêchée par les obstacles qui se développent dans les conduits biliaires ou dans leur voisinage; enfin, que la bile elle-même est loin d'avoir toujours la même apparence, et d'être composée des mêmes principes, ce qui doit faire soupçonner qu'elle est susceptible d'altération; mais tous ces faits ne sont pas également susceptibles d'une explication satisfaisante.

On a beaucoup exagéré jadis l'importance des signes tirés des urines. Les anciens médecins nous ont laissé des traités fort étendus sur ce sujet; mais

il s'en faut de beaucoup que l'expérience ait confirmé toutes leurs assertions ; à peine reste-t-il aujourd'hui un petit nombre de ces signes qui aient conservé quelque faveur. Cette partie de la séméiotique, cultivée avec tant de soin autrefois, est presque de nos jours entièrement tombée en désuétude ; et, à vrai dire, elle n'a mérité ni l'attention exclusive des uns, ni l'indifférence extrême des autres. Dans l'exercice de la médecine, auprès des gens du monde, on s'éclaire encore quelquefois des lumières que peuvent donner les qualités de l'urine; mais dans les hôpitaux on néglige presque toujours ce mode d'exploration, à moins que la maladie soumise à l'observation du médecin n'ait son siége dans les voies urinaires, ou n'exerce une influence bien sensible sur ces organes.

Il est encore une classe de gens, que je me garderai bien d'honorer du nom de médecins, et qui exploitent à leur profit cette branche de la séméiologie ; ces charlatans, dont l'existence déshonore la police qui les tolère, ces charlatans prétendent reconnaître à la seule inspection des urines quelle est la maladie dont sont affectés les dupes qui réclament leurs conseils, quel est le pronostic qu'on doit en tirer, enfin quel est le traitement qui leur convient; et le public stupide remplit les antichambres de ces misérables!

Les véritables signes qu'on peut tirer des urines

sont très bornés; ils sont sympathiques, ou appartiennent aux organes urinaires. La plupart de ceux qui avaient attiré l'attention des anciens médecins, avaient rapport au pronostic des maladies, et principalement à la doctrine des crises. Voici les signes diagnostiques, généraux et locaux, qui nous paraissent mériter quelque attention.

L'urine augmente en quantité dans quelques hydropisies, dont cette augmentation est quelquefois une solution favorable. Mais la maladie dans laquelle la quantité de l'urine augmente d'une manière on peut dire extraordinaire, c'est le diabétès, affection qui n'est presque caractérisée que par l'abondance de cette évacuation, et souvent par le changement de la nature de ce fluide excréteur. Dans l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie, on observe l'augmentation des urines; ainsi que dans le froid des fièvres intermittentes.

Lorsque dans les maladies aiguës la quantité des urines reste dans les proportions physiologiques, l'irritation n'est pas portée à un haut degré.

Il n'en est pas de même si cette quantité est beaucoup moindre que dans l'état naturel, on doit en tirer alors cette conséquence, que l'irritation est vive. Aussi observe-t-on cette diminution des urines, dans la première période de la plupart des phlegmasies et dans leur état; dans les hémorrhagies actives. Ordinairement vers le déclin de ces affections les urines reprennent leur abondance habi-

tuelle, à moins qu'il n'y ait des sueurs copieuses ou le dévoiement. La diminution des urines est donc un signe qui n'est point à dédaigner.

Lorsque la sécrétion de l'urine est entièrement supprimée, on doit redouter une violente inflammation.

On observe l'urine incolore et limpide dans les maladies nerveuses, et dans la période que les anciens nommaient *de crudité* des maladies aiguës.

La couleur citrine de l'urine est en général la couleur naturelle; elle ne me paraît avoir aucune valeur diagnostique. Ainsi que la nuance précédente, elle accompagne souvent l'urine ténue peu consistante; elle a été donnée aussi comme un signe de *crudité*, c'est-à-dire d'irritation croissante.

Dans les phlegmasies intestinales, et principalement dans celles du duodénum ou du foie, l'urine est colorée en jaune. Dans l'ictère, qui lui-même n'est qu'un signe de maladies du foie, l'urine est jaune et souvent même safranée. Nous verrons plus bas que les maladie, du foie n'occasionent l'ictère que lorsque par leur nature elles empêchent l'écoulement de la bile dans le duodénum. Ainsi l'inflammation des conduits biliaires, l'hépatite, les calculs biliaires, les tumeurs du foie, osseuses, cartilagineuses, tuberculeuses, formées d'hydatides, les tumeurs des organes voisins qui compriment les conduits excréteurs dont nous parlons, etc., donnent lieu à la résorption de la bile,

et bientôt à la présence de ce fluide dans les urines. C'est une chose digne d'attention que les urines deviennent jaunes avant que la peau, et même la cornée présentent cette couleur. L'urine safranée imprime sa couleur au linge qui en est imprégné, et à du papier qu'on en a imbibé. Cette couleur est due à la présence de la bile elle-même dans l'urine ainsi que l'ont démontré les analyses de plusieurs chimistes, et principalement de M. Orfila.

L'urine orangée et rouge, coïncide ordinairement avec sa rareté, et indique les mêmes choses.

La couleur brune, noirâtre et noire des urines, se rencontre dans les typhus, dans la fièvre jaune; la couleur de ces urines me paraît due à la présence d'une certaine quantité de sang.

Elles annoncent ordinairement une altération profonde dans l'économie animale; elles font craindre que la résolution ne soit difficile.

Les urines blanches et opaques peuvent revêtir cette couleur, à cause de la présence du pus, ou d'une mucosité blanche, plus ou moins épaisse, provenant de la vessie, de l'uretère, ou de l'urèthre, ou seulement à cause d'une perversion dans la sécrétion du fluide urinaire; cette perversion indique le plus souvent un trouble considérable dans tout l'organisme, une irritation des plus prononcées. On observe les urines blanches dans les scrofules, dans le croup, les affections vermineuses, l'hydrocéphale.

L'urine ténue se voit ordinairement dans la période croissante des maladies aiguës ; l'urine dite huileuse, est presque toujours sympathique.

L'urine muqueuse, plus ou moins consistante, est l'indice d'une phlegmasie de la membrane muqueuse de la vessie ; on l'observe pourtant dans les affections chroniques qui causent le marasme, et dans les fièvres dites muqueuses ; mais qui ne voit que, dans ce dernier cas, elles ne sont que le symptôme d'une irritation vésicale?

Le mucus qu'on rencontre dans les urines peut dépendre d'une augmentation simple de l'exhalation muqueuse de la vessie ; de l'inflammation aiguë ou chronique de ce viscère, ou de quelques parties des voies urinaires; d'un calcul, d'un polype, de la vessie, etc. Le pus dépend de l'inflammation de ces mêmes organes, des reins, des uretères, de la vessie, etc., ou d'un abcès qui s'est fait jour dans cette cavité.

Le cancer, le calcul urinaire, le catarrhe chronique de la vessie, impriment à l'urine une odeur très fétide, et même repoussante ; elle peut contracter cette odeur dans quelques maladies aiguës, graves ; c'est alors un phénomène purement sympathique. Dans quelques maladies nerveuses, les urines conservent parfaitement l'odeur des aliments et des boissons.

L'urine dont la température s'élève au-dessus de la température ordinaire, indique une vive irrita-

tion, soit de la vessie, soit d'un organe éloigné, qui réagit sur elle ; mais il est rare que l'urine soit réellement plus chaude que dans l'état normal ; c'est presque toujours une sensation du malade, et cette sensation dépend ordinairement des mêmes causes, mais principalement de l'inflammation de la vessie et du canal de l'urèthre.

L'urine vraiment froide annonce la chute complète des forces.

La miction sanglante mérite toute notre attention.

Il n'est pas toujours facile, chez les femmes, de reconnaître l'hématurie des autres hémorrhagies par le vagin. Souvent le sang des règles qui vient à se mêler avec les urines a pu en imposer pour une hématurie. Les signes que les auteurs ont donnés pour distinguer le sang qui provient de la matrice, et celui qui vient de la vessie, ne nous paraissent pas infaillibles.

Il faut s'assurer d'abord si la malade est à l'époque menstruelle ; si elle n'y est pas, on s'informera si elle ne rend pas de sang sans uriner ; si elle n'en rend qu'avec les urines, si le sang est bien mêlé au fluide urinaire, on aura quelques probabilités de croire que c'est une hématurie.

Ayant eu un jour à déterminer un cas de ce genre assez obscur, le hasard me fournit un signe précieux. En touchant la malade, je m'apperçus que le canal de l'urèthre était distendu, plus volu-

mineux qu'à l'ordinaire; en pressant fortement, je provoquai l'issue d'un caillot de sang par le méat urinaire, ce fut pour moi un signe vraiment pathognomonique.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une hématurie, ce n'est encore là qu'un symptôme ; il reste à fixer à quelle lésion d'organe elle appartient.

Elle peut être le résultat d'une simple exhalation de la membrane muqueuse qui tapisse les voies urinaires. Cette exhalation peut être idiopathique, primitive, consécutive, critique, supplémentaire, symptomatique. L'hématurie idiopathique ou primitive est rare; elle est plus souvent consécutive d'une autre maladie éloignée, comme l'affection organique du cœur ; elle a été quelquefois supplémentaire des règles, ou de toute autre hémorrhagie habituelle ; je n'ai jamais eu l'occasion d'observer d'hématurie critique. Quant à l'hématurie symptomatique, c'est la plus commune de toutes; on la trouve dans les maladies des reins, des uretères, de la vessie, de l'urèthre ; dans les cancers, les polypes, les calculs, les varices de ces organes, etc.

Les fausses membranes qu'on dit avoir trouvées dans les urines, sont le résultat de la phlegmasie des organes des voies urinaires; les caroncules brunes, noirâtres, me paraissent être des débris de quelques affections organiques, ou des parcelles de sang coagulé.

Le sable qui souvent est rendu avec les urines,

est le signe pathognomonique de la gravelle, ainsi que les graviers qui n'en diffèrent que par un volume un peu plus fort. Il est à remarquer cependant que dans quelques circonstances physiologiques les urines contiennent du sable. Après des excès de table, dans les grandes chaleurs, après l'ingestion de matières alimentaires très excitantes, des boissons alcooliques, des émotions vives, ce phénomème peut se présenter.

Pour les calculs, ils portent avec eux leur signification. On a vu des malades rendre des matières fécales avec les urines, ce qui ne peut être dû qu'à une communication accidentelle établie entre les intestins et la vessie. Il n'est pas rare que les urines contiennent du sperme : ce phénomène provient en général de ce que, dans l'éjaculation, une certaine quantité de ce fluide rétrograde dans la vessie, ou de ce que, dans l'excrétion des urines ou des matières fécales, le muscle releveur de l'anus et autres compriment fortement les vésicules séminales, qui, étant remplies outre mesure, ou relâchées à leur orifice, laissent échapper le fluide qu'elles contiennent. Il pourrait arriver aussi qu'à la suite de désorganisation de ces parties, il existât une communication directe entre la vessie et les vésicules séminales.

Bien des gens excrètent avec les urines une certaine quantité de liqueur prostatique, qu'il

faut se garder de confondre avec le sperme dont elle n'a nullement l'odeur.

Enfin des corps étrangers, venus du dehors, peuvent se trouver dans les urines.

Le diagnostic s'éclaire peu des changements qui surviennent spontanément dans le fluide dont nous parlons. Les pellicules, les nuages, les sédiments ont fourni aux auteurs des signes nombreux de pronostic, dont il faut je pense beaucoup se défier, mais n'ont donné que fort peu de signes diagnostiques, encore nous paraissent-ils si peu rigoureusement observés, que nous nous abstiendrons complètement d'en faire mention. L'excrétion de l'urine au contraire ne fournit presque que des signes diagnostiques, dont les uns appartiennent aux maladies des organes urinaires, et dont les autres dépendent d'affections d'organes plus éloignés.

La miction douloureuse et difficile (dysurie) s'observe dans la cystite et dans la blennorrhagie. La strangurie a lieu dans la paralysie commençante et dans les maladies organiques de la vessie, dans les rétrécissements de l'urèthre : la rétention (l'ischurie) dans la paralysie complète, dans les inflammations intenses de la vessie, dans l'oblitération de l'urèthre, et aussi dans une multitude d'affections du cerveau, dans les maladies aiguës, lorsque la faiblesse est portée à un point excessif.

Nous ferons remarquer ici que lorsque la rétention d'urine est occasionée par la paralysie de la vessie, il faut que le sphincter conserve sa contractilité ; car lorsqu'il participe à la paralysie, il y a incontinence d'urine.

Lorsque dans les affections cérébrales, comateuses et autres, vers la fin des maladies aiguës, il y a rétention d'urine, la vessie se distend outre mesure ; mais cette distension, une fois parvenue à un certain degré, ne peut plus augmenter; alors l'urine force le passage et sort avec assez d'abondance. C'est la miction par regorgement.

Dans la cystite, dans le calcul urinaire, etc., il existe souvent des envies fréquentes avec efforts vains d'uriner ; des douleurs intolérables se font sentir dans tout le bassin, remontent jusqu'aux reins, et les malades, tourmentés de ces épreintes, n'excrètent souvent qu'un peu de mucus quelquefois mêlé de sang.

La miction involontaire avec conscience du malade, n'indique souvent que la faiblesse de la vessie, ou la trop grande réplétion, des rires immodérés, etc. Lorsqu'elle a lieu sans la conscience du malade, elle peut être simplement un signe de délire, un signe de coma, ou bien un signe d'extrême faiblesse. La miction involontaire survient dans l'apoplexie, le ramollissement, la congestion, l'inflammation du cerveau, et vers la fin de toutes les maladies chroniques de ce viscère, et

même de toutes les maladies en général. Elle a aussi lieu dans l'hystérie et l'épilepsie.

Nous pensons qu'on ne saurait admettre avec trop de prudence les exemples de déviation d'urine. Les vomissements urineux, les salivations urineuses, les sueurs, les évacuations alvines, les épanchements présentant ce caractère, quoique rapportés par des auteurs recommandables, nous paraissent fort suspects.

L'urine peut être excrétée par une ouverture accidentelle, cette espèce de miction est du ressort de la chirurgie.

Nous saisissons cette occasion de recommander la lecture des Mémoires intéressants de M. Amussat, sur la physiologie et la pathologie de l'urèthre. Une partie de ces travaux a été insérée dans les Archives de médecine, et fait fortement désirer que l'auteur publie le reste de ses recherches sur ce sujet important.

Les autres sécrétions ne fournissent que des signes d'une faible valeur. Tels sont ceux donnés par la sécrétion spermatique, par celle du cérumen, etc.

§ VII. Des phénomènes morbides des appareils absorbants, considérés comme signes diagnostiques.

A mesure que l'état physiologique des organes et des fonctions qu'ils exécutent est moins connu, leur état pathologique devient aussi plus obscur.

Quels sont véritablement les organes chargés de l'absorption ? Cette question est en litige même parmi les physiologistes ; l'un croit qu'un système particulier a été disposé par la main de la nature, pour opérer cette fonction ; l'autre, fondé sur des raisonnements et sur des expériences, croit qu'elle a été confiée aux veines ; un troisième adopte l'une et l'autre manière de voir, c'est-à-dire qu'il croit qu'elle est exécutée, et par les vaisseaux lymphatiques et par les veines. Dans ce conflit d'opinions, le pathologiste est réduit à observer les phénomènes, et à rester dans le doute touchant leur production,

Quoi qu'il en soit néanmoins des instruments destinés à exécuter cette importante fonction, et des modes de cette exécution, on ne saurait nier qu'à elle seule n'appartienne la résolution de la plupart des maladies.

Lorsque en effet par une cause quelconque la nature a déterminé sur un organe un afflux de matière, il est impossible d'en concevoir la disparition, si l'on ne pense que l'absorption, devenue plus énergique, n'a enlevé ces matériaux de congestion, d'engorgement.

On pourra donc juger de l'augmentation d'activité des organes absorbants quels qu'ils soient, lorsqu'on verra disparaître une congestion quelconque ; et l'on jugera cette absorption d'autant plus énergique que la résolution sera plus rapide et plus prompte.

L'absorption est active, lorsque chez un malade un épanchement de sang d'une certaine étendue, dans le cerveau, par exemple, disparaîtra en peu de temps; ce qu'on jugera par les signes de l'épanchement et par leur diminution.

On peut en dire autant de la disparition d'une ecchymose, dans le tissu cellulaire; enfin de la plupart des phlegmasies.

L'une de celles où cette activité d'absorption pourra être le plus facilement appréciée, ce sera certainement la pneumonie, dont on peut suivre aujourd'hui toutes les phases avec une rare exactitude.

La sécheresse des tissus dans la première période des maladies aiguës est due sans doute à l'augmentation de l'énergie de l'absorption, au moins tout autant qu'à l'inertie de l'exhalation. Dans cette période d'activité, de surexcitation, il est en effet bien plus rationnel de supposer l'accroissement d'activité dans une fonction, que la diminution de cette activité dans une autre, pour se rendre compte d'un même phénomène.

La maigreur, chez un individu jeune, actif, qui répare abondamment, ne peut être attribuée qu'à des déperditions copieuses, c'est-à-dire qu'à un surcroît d'absorption interstitielle; bien entendu que nous ne voulons pas parler des individus chez lesquels la réparation est insuffisante.

Les épanchements séreux, celluleux et autres,

ont paru à quelques auteurs, des preuves sensibles de l'augmentation de l'exhalation, et aussi, dans quelques circonstances, de la diminution de l'inhalation; mais il faut avouer que nous sommes réduits ici aux seules lumières du raisonnement, aucun fait matériel organique n'ayant appuyé cette assertion purement conjecturale.

L'absorption est peu active, lorsque des épanchements médiocres, des phlegmasies peu étendues, éprouvent beaucoup de lenteur dans leur disparition. Il est vraisemblable que l'absorption est lente dans les maladies chroniques, sinon d'une manière générale, au moins dans l'organe affecté.

La diète, c'est-à-dire l'abstinence ou le peu de nourriture, l'exercice, favorisent l'absorption. C'est en effet au détriment du tissu cellulaire, que les pertes éprouvées se réparent. Ce qui le prouve d'une manière incontestable, dans ces cas, c'est la promptitude de l'amaigrissement, et la facilité avec laquelle les maladies se résolvent.

Un des moyens qui activent le plus efficacement l'absorption, ce sont les saignées. M. Magendie a prouvé ce fait par des expériences directes; mais ces évacuations sanguines ont un terme qu'il ne faut pas dépasser; car au-delà de ce terme la faiblesse profonde qui survient, ôte aux absorbants eux-mêmes l'énergie qui leur est nécessaire pour opérer la résolution des maladies, et l'engorgement, la congestion augmente alors d'autant plus rapi-

dement, que la nature ne possède plus aucun moyen pour les dissiper. Ainsi l'on doit tirer de cela la conclusion importante que, dans les émissions sanguines, il est un terme où il faut savoir s'arrêter, sous peine de tuer le malade.

L'absorption est peu active chez les personnes douées de beaucoup d'embonpoint. Cette accumulation de graisse dans le tissu cellulaire est déjà une preuve assez forte de cette langueur de l'absorption; mais ce qui le prouve au moins d'une manière aussi incontestable, c'est la difficulté avec laquelle les maladies se résolvent chez les personnes grasses. On dirait que se réparant aux dépens de la graisse, dont elles sont pourvues abondamment, il est impossible que la diète et les autres moyens portent quelque action sur les viscères, en activant l'absorption interstitielle; pour eux les mouvements de décomposition sont presque nuls.

§ VIII. Des phénomènes morbides de la nutrition, considérés comme signes diagnostiques.

La nutrition est en dernière analyse le but et le résultat des fonctions organiques dont nous venons d'exposer les phénomènes séméiologiques. Cette fonction, ou ce complément de toutes les fonctions, s'opère dans le type physiologique dans la majorité des cas. Cependant il est quelques circonstances où il existe un surcroît de nutrition, et il en est d'autres bien plus nombreuses où l'on

observe la diminution de cette fonction ; il est aussi un certain nombre de phénomènes morbides qu'on attribue à sa perversion.

La nutrition est augmentée ou diminuée d'une manière générale ou locale. Il est peu de maladies où l'on observe l'hypertrophie générale , c'est presque toujours un état physiologique, à moins qu'il ne soit porté à un point extrême, qu'il ne gêne les fonctions et ne compromette l'existence.

Il existe dans la première période des maladies aiguës, et surtout dans les phlegmasies de la peau , une espèce d'augmentation momentanée de l'embonpoint. On observe aussi cette augmentation dans les heureuses convalescences.

En parlant du volume du corps dans la section prochaine , nous traiterons de son accroissement occasioné par l'épanchement de certains fluides liquides ou gazeux , c'est-à-dire de l'œdème , de la leucophlegmatie , de l'emphysème , etc.; ici nous devons mentionner simplement l'obésité , l'embonpoint, l'hypertrophie, proprement dits.

Le phénomène qui nous occupe n'est pas toujours général , il arrive souvent que l'embonpoint est inégalement distribué.

Mais une distinction qu'on ne doit pas perdre de vue, c'est celle des organes qui sont le siége de l'augmentation de nutrition.

L'abondance de l'exhalation graisseuse constitue l'obésité ; l'hypertrophie s'entend plus particuliè-

rement de l'augmentation de volume des organes musculeux et parenchymateux, augmentation qui n'a rien de commun avec la graisse qui s'accumule dans les organes, ou à leur périphérie.

L'hypertrophie des muscles est la plus ordinaire et la plus facile à juger, puisqu'elle tombe presque toujours sous les sens. Elle est occasionée par les efforts considérables que les organes sont obligés d'exécuter, et rarement par une disposition congénitale.

Les viscères intérieurs, les organes parenchymateux s'hypertrophient quelquefois; quelques hypertrophies des viscères intérieurs sont caractérisées pendant la vie par des signes qui leur sont propres. C'est ainsi que celle du cœur, sans contredit la plus commune, est très facile à reconnaître. Une tuméfaction égale de l'hypochondre droit, sans douleur, sans phénomènes inflammatoires, sans signes de maladie organique, doit faire soupçonner l'hypertrophie du foie. On pourrait à des signes analogues dans l'autre hypochondre présumer l'hypertrophie de la rate. Il est bien difficile de juger s'il existe hypertrophie du poumon ou du cerveau; ces états, annoncés dans ces derniers temps, ne me paraissent pas établis sur des preuves irrécusables.

Comme l'hypertrophie et l'obésité, l'atrophie et la maigreur peuvent être générales ou locales.

L'amaigrissement général est occasioné par des

causes physiologiques, qui toutes peuvent se réduire à une réparation non proportionnée aux pertes éprouvées par l'individu. Les chagrins, l'amour, l'envie, toutes les passions, les veilles, les travaux de l'esprit, les fatigues excessives, l'abstinence, etc., produisent la maigreur générale.

Dans le froid qui précède les maladies aiguës, il se manifeste une espèce d'amaigrissement général; ce phénomène n'est qu'une simple apparence. L'amaigrissement est réel vers la fin des maladies aiguës, après un régime antiphlogistique sévère; après que l'éréthisme est tombé, dans les premiers jours de la convalescence : dans la prostration extrême des forces, peu de jours avant la mort, on observe souvent un amaigrissement subit, un collapsus profond, enfin la face dite hippocratique.

Une maigreur plus ou moins considérable est très ordinaire dans les maladies de long cours, et surtout dans la phthisie pulmonaire, dont l'étymologie est tirée d'un mot qui exprime le dessèchement. La maigreur, quoique ordinaire, n'est cependant pas constante dans cette maladie. On voit quelques phthisiques mourir avec un certain embonpoint, et quoiqu'il soit vrai de dire que dans cette affection la maigreur est générale et croissante, on trouve pourtant des sujets chez lesquels certaines parties du corps conservent de l'embonpoint, et quelques unes qui maigrissent d'une manière variable.

On a remarqué l'amaigrissement dans le *cholera*

morbus, dans les évacuations excessives, dans les flux d'urines abondants, dans les pollutions nocturnes réitérées, dans les vers intestinaux, et dans le prodrome de beaucoup de maladies.

Une croissance trop rapide est-elle une perversion de la nutrition ainsi qu'on l'a prétendu? Quoi qu'il en soit, ce phénomène, qui n'a aucune valeur comme signe diagnostique, se rencontre souvent dans les maladies aiguës des enfants et quelquefois dans les maladies chroniques.

Les tumeurs variables qui se montrent sur la surface du corps et sur les viscères contenus dans ses cavités, l'ossification des vaisseaux, etc., ont été regardées comme des aberrations de nutrition. Sans décider cette question, nous nous occuperons des tumeurs qui sont de notre ressort, dans la section prochaine.

DEUXIÈME SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA VIE DE RELATION, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES DIAGNOSTIQUES.

§ I. Des phénomènes morbides de l'habitude extérieure du corps, considérés comme signes diagnostiques.

La position du corps, son attitude, reçoivent de la part des maladies des modifications dont l'étude n'est pas sans importance pour le médecin. Il est quelques affections desquelles l'attitude fait à elle seule fortement présumer la nature; il en est

même dont elle forme le phénomène principal.

On a dit qu'il était avantageux d'examiner l'attitude du corps pendant le sommeil, parceque dans ce moment la volonté du malade étant suspendue elle ne peut lutter contre les mouvements de la nature. Ce précepte est souvent utile ; mais il est des cas où il est nécessaire de commander des mouvements pour s'assurer de la réalité et de la valeur de certaines positions, ce qui ne peut se faire que pendant la veille.

Dans les affections avec délire, surexcitation de toutes les fonctions, dans l'aliénation mentale, etc., l'attitude est quelquefois ferme et assurée plus que de coutume. Cette énergie dans l'attitude peut être un signe d'irritation, avec un certain degré de force, chez l'individu.

Dans les affections où les malades s'abandonnent à l'empire des lois physiques, où la résistance est faible ou nulle, l'attitude est molle ; les malades sont couchés sur le dos, glissent aux pieds de leur lit, et souvent laissent sortir leurs jambes au dehors. Cette mollesse, cette langueur de l'attitude, arrivent vers le déclin des maladies aiguës dont le terme fatal s'approche ; dans celles où l'on a mis en usage un traitement anti-phlogistique trop rigoureux ; dans celles enfin dont le caractère est l'adynamie.

L'attitude est changeante, varie d'un instant à l'autre dans le délire des maladies aiguës, dans

certaines inflammations, et particulièrement dans celles de la peau. Alors le malade est tourmenté d'une douleur telle et d'une anxiété si grande, qu'il change à tous moments de position.

D'après Corvisart, il n'est pas une maladie qui présente cette inconstance de l'attitude à un plus haut degré que la péricardite. Il a cru devoir donner à ce phénomène le nom de *jactitation*.

L'immobilité est un signe d'extrême prostration. On l'observe dans les maladies adynamiques, la peste, la fièvre jaune, et dans quelques affections du cerveau.

Dans la péritonite le décubitus a lieu ordinairement sur le dos. C'est souvent du côté de l'organe affecté que le malade se couche, lorsqu'un seul organe est malade ; mais cela n'est pas constant.

Dans la pleurésie, les malades se couchent sur le côté sain, quoiqu'un auteur classique ait prétendu le contraire. Dans la pneumonie, le contraire a lieu. On a pensé que dans la pleurésie la compression exercée par le poumon sur la plèvre costale était d'autant plus forte que les côtes pouvaient moins céder en se dilatant, ce qui occasionait de vives douleurs; et dans la pneumonie que la respiration n'ayant plus lieu dans l'organe malade, il était nécessaire que le poumon, resté sain, se dilatât davantage; que d'ailleurs l'expiration seule étant douloureuse pour cette

dernière affection, elle devait être très faible dans cette position.

Dans les maladies organiques du cœur, la dyspnée est quelquefois si grande, que les malades sont obligés de se mettre à leur séant, et de s'appuyer sur leurs mains pour respirer.

Dans les épanchements thoraciques doubles, le même phénomène s'observe; la tête est souvent fortement portée en avant. Si l'épanchement est simple, le malade se couche du côté de l'épanchement.

Dans les paralysies, les membres affectés sont dans une immobilité plus ou moins complète; si le malade est debout, ces membres sont pendants; s'il veut marcher, il traîne la jambe, ou tombe.

— Nous ne redirons pas ici ce que nous avons dit dans le chapitre précédent sur la nutrition, en parlant du volume du corps, nous ne voulons exposer que les changements qu'il éprouve par des causes étrangères à la nutrition, telles que l'infiltration d'eau ou d'air, etc.

Lorsque l'infiltration ne se montre que sur un membre, qu'elle n'est pas générale, elle porte le nom d'œdème; elle reçoit celui de leucophlegmatie ou d'anasarque, lorsqu'elle est générale. Ce phénomène, qu'on reconnaît aisément aux caractères que nous lui avons assignés, page 164, nous paraît

presque toujours symptomatique d'une autre maladie.

Nous croyons que l'infiltration dépend en effet, dans la majorité des cas, d'une affection du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, etc.

La sérosité est souvent épanchée dans des cavités ; elle n'en a pas pour nous plus de valeur ; elle constitue les diverses hydropisies.

L'épanchement d'air connu sous le nom d'emphysème est un symptôme assez rare. Il rend la peau molle, élastique, et ne recevant pas l'impression du doigt, il fait entendre à la pression une crépitation manifeste. Il indique presque toujours une communication avec le poumon. J'ai cependant observé deux fois l'emphysème spontané. Cette exhalation gazeuse dans le tissu lamineux sous-cutané est très difficile à expliquer, surtout lorsqu'il n'est pas le résultat de la gangrène.

L'air s'épanche ou des gaz se développent dans certaines cavités, et les distendent ; c'est ce qu'on voit dans le pneumothorax, la tympanite, le ballonnement, le pneumatocèle, le pneumotomphale, etc.

— Les couleurs diverses qui se manifestent sur la peau offrent dans les maladies des caractères souvent intéressants. Les climats, les saisons, le sexe, les âges, les passions, influent singulière-

ment, comme chacun sait, sur la couleur de la peau.

La peau est pâle dans les évacuations excessives de tous genres, dans l'anémie, la syncope, le frisson de l'invasion des maladies aiguës, et celui des fièvres intermittentes; dans l'angine gangréneuse, dans la colique des peintres; elle est pâle, blanche et luisante dans les hydropisies. La peau pâlit quelquefois dans les éruptions, lorsqu'il se forme une révulsion à l'intérieur. Dans la convalescence la peau est ordinairement pâle, et reprend peu à peu sa couleur naturelle.

Vers la fin des maladies chroniques, la peau devient souvent livide et plombée. Elle revêt fréquemment cette couleur dans les ecchymoses spontanées et accidentelles. Cette nuance existe quelquefois dans le frisson fébrile, lorsqu'il est très violent. On remarque encore dans ce dernier cas des espèces de marbrures.

Le scorbut produit aussi sur la peau des marbrures remarquables; tour à tour pâle, jaunâtre, maculée de violet, de bleu, de vert, de noir, il n'est pas de partie du corps exempte de ces taches variées, plus ou moins étendues. Les bras et les jambes en sont cependant plus souvent affectés. Lorsque cette maladie se termine par résolution, ces taches s'effacent successivement en repassant des nuances foncées à des nuances plus claires, et suivant une marche fort analogue aux ecchymoses

accidentelles, auxquelles elles ressemblent beaucoup.

La teinte rosée, rouge de la peau, est le signe d'une surexcitation dans la circulation capillaire; elle se montre dans la pléthore, dans les maladies inflammatoires, dans les hémorrhagies actives, etc.; enfin dans toutes les affections hypersthéniques.

Dans les phlegmasies cutanées, la peau se colore en rouge, s'échauffe, se tuméfie, et devient douloureuse.

La rougeur érysipélateuse, qui présente tous ces caractères, disparaît d'ailleurs par la pression du doigt, et revient avec la plus grande promptitude.

La peau devient jaune dans les maladies du foie, qui ne permettent pas à la bile de s'écouler dans le duodénum. Cette couleur est due à la résorption de la bile qui pénètre alors tous les tissus. Nous ne pensons pas que ce soient simplement les matériaux de ce fluide qui n'a pas été sécrété, qui produisent l'ictère; cette couleur nous paraît évidemment due à une bile résorbée, c'est-à-dire jouissant de tous les attributs qui caractérisent ce fluide, et parmi lesquels la couleur jaune tient le premier rang. Les matériaux de ce fluide encore disséminés, non élaborés, ne nous paraissent pas propres à communiquer à la peau la couleur dont nous parlons. Nous pensons donc que l'ictère est le signe d'une inflammation du foie ou de ses conduits, du duodénum, d'une tumeur du foie, telle

que cancer, tubercules, cirrhose, calculs biliaires, acéphalocystes, etc.; ou de tumeurs d'organes voisins, qui compriment les conduits de la bile, telles que celles de l'estomac, du pancréas, du rein, etc., maladies qui empêchent la bile de passer dans le duodénum, occasionent sa résorption et par conséquent l'ictère; les selles sont ordinairement blanchâtres dans ces maladies.

La couleur jaune-paille est celle qui caractérise les cancers, et principalement les cancers de l'utérus.

Les nuances jaune-citron, verdâtre, verte, appartiennent à des variétés de l'ictère dont elles n'expriment qu'un degré plus avancé. On a distingué l'ictère en symptomatique et en critique. Je ne sais si cette distinction est bien fondée.

Il est une nuance jaunâtre de la peau qui se montre autour des lèvres et des ailes du nez, dans les phlegmasies abdominales, et surtout dans la pneumonie; cette nuance en a imposé pour un ictère commençant, à des observateurs superficiels.

Dans quelques circonstances bien remarquables la peau devient tout-à-fait noire. Nous avons lu à la Société de médecine de la Faculté, l'histoire d'une femme dont la peau était devenue noire dans l'espace d'une nuit, à la suite d'une impression morale vive. Cette femme avait vu sa fille se jeter par la fenêtre avec ses deux petits enfants; et

depuis nous avons eu occasion de voir aussi une femme qui, ayant échappé au dernier supplice, dans la révolution, avait éprouvé le même accident. Cette dernière était à l'époque de la menstruation lorsqu'elle apprit cette nouvelle. Les règles se supprimèrent sur-le-champ, et de blanche qu'elle était elle devint noire comme une négresse, couleur qui persista jusqu'à sa mort. Nous disséquâmes avec attention la peau de ces deux femmes, et nous trouvâmes que la partie colorée était le corps muqueux. Il nous fut assez facile d'isoler l'épiderme et le derme qui ne présentèrent aucune coloration anomale. Cette couleur noire doit être le résultat d'une exhalation sanguine qui s'opère sur le réseau muqueux.

La nuance violacée de la peau est ordinairement le résultat de la gêne de la circulation. La peau devient bleue dans beaucoup de maladies du cœur très avancées; on a donné le nom de cyanose, ou maladie bleue, à cette couleur de la peau que l'on a faussement attribuée à la communication immédiate des oreillettes, au moyen du trou botal non oblitéré. Cette cause de la cyanose est bien plus rare qu'on ne pense.

Indépendamment de cette diversité de couleurs, la peau est le siége de quelques éruptions symptomatiques, telles que les pétéchies, le pourpre, le millet; nous ne voulons pas parler des éruptions que l'on considère comme des maladies par-

ticulières. Celles dans lesquelles on observe les pétéchies, sont les diverses espèces de typhus. Ces éruptions nous paraissent déceler une spécialité incontestable.

— Nous n'avons rien à dire sur les odeurs du corps, ces odeurs étant le résultat de l'exhalation cutanée, des sécrétions, des excrétions, de la perspiration pulmonaire, etc. En traitant ces divers sujets nous avons eu occasion de signaler les diverses odeurs qu'ils présentent dans les maladies. Nous n'y reviendrons pas. Ces phénomènes ont d'ailleurs peu de valeur pour le diagnostic local.

— Après avoir été considéré d'une manière générale, l'extérieur du corps mérite d'être examiné en détail dans ses diverses régions.

Les phlegmasies du cuir chevelu, l'érysipèle, la teigne, l'infiltration des téguments, les épanchements de sérosité dans l'intérieur du crâne, augmentent plus ou moins sensiblement le volume de la tête. L'hydrocéphale chronique produit l'écartement des sutures. Le volume de la tête diminue légèrement dans l'amaigrissement général; des exostoses, des tumeurs fongueuses de la dure-mère et autres, font souvent saillie sur le crâne.

Mais la face mérite surtout de fixer notre attention. Il est peu d'affections dans lesquelles elle ne

prenne un caractère particulier, et des médecins habiles reconnaissent fréquemment à sa seule inspection la maladie qu'ils ont à combattre. J'ai vu M. le professeur Pinel reconnaître des péritonites et des pneumonies latentes à la simple expression de la face. Dans la phthisie, le cancer de l'utérus, dans l'apoplexie, la méningite, etc., la figure porte une empreinte particulière, bien facile à distinguer.

Dans les phlegmasies, et généralement dans toutes les maladies avec hypersthénie, l'expression de la face est animée et assurée; dans le délire, elle prend toutes sortes de caractères.

Chez les tétaniques, la face est roide et convulsée, pâle ou animée; elle est quelquefois bouleversée par des mouvements désordonnés; les yeux sont contournés, agités ou immobiles, saillants ou rentrés dans l'orbite, à demi découverts par des paupières peu contractées, ou complètement fermés. Les lèvres sont écartées, les commissures fortement éloignées, les dents à découvert; les joues saillantes, dures et plissées; les mâchoires énergiquement serrées par la violente contraction des masséters. Ces phénomènes indiquent nécessairement une altération dans l'encéphale ou ses dépendances; mais l'expérience n'en a pas encore déterminé la nature.

Les mouvements de la face sont loin d'être toujours dans un état d'exaltation. Dans les maladies

que la faiblesse accompagne, il y a un accablement, une lenteur de mouvements, et quelquefois une immobilité complète qui en forme le principal attribut. Ainsi après des pertes excessives, une abstinence prolongée, des fatigues extrêmes ; dans la caducité, dans la paralysie, on observe ces phénomènes. L'immobilité de la face est particulièrement remarquable dans la catalepsie et l'extase.

Le désordre et l'irrégularité des mouvements de la face sont surtout prononcés dans les affections qui donnent lieu au délire idiopathique ou consécutif ; dans la manie, l'hystérie, l'épilepsie, les convulsions de tous genres, la danse de Saint-Guy.

La rougeur de la face est en général un signe de pléthore locale ou générale ; on la rencontre dans les congestions cérébrales, dans les méningites, les épanchements sanguins, dans le ramollissement du cerveau, enfin dans toutes les phlegmasies violentes, chez les sujets jeunes et polyæmiques, et principalement dans les paroxysmes ; cette couleur peut être plus ou moins persistante ou passagère, revenir par intervalles, comme chez les femmes qui cessent d'être menstruées ; être générale ou locale, comme dans les inflammations aiguës et la phthisie pulmonaire.

La couleur rouge foncé, livide, plombée de la face est un signe d'affaiblissement profond ou de concentration des forces.

La face qui présente cette apparence accompa-

gne souvent les angines violentes, les hémorrhagies cérébrales ; elle est caractérisée par sa tuméfaction, la saillie des yeux, la plénitude des veines des tempes et du cou, sa couleur rouge et livide. Dans les anévrysmes du cœur, et surtout ceux du ventricule pulmonaire, on remarque cette espèce de physionomie. Elle prend momentanément cet aspect dans les attaques d'hystérie et d'épilepsie.

La peau de la figure est pâle et blanche chez les enfants scrofuleux ; on remarque qu'ils ont aussi les lèvres épaisses, et souvent gercées ; les crétins se distinguent par leur air de stupidité.

La pâleur de la peau succède aux évacuations de tous genres, mais surtout aux hémorrhagies abondantes ; elle accompagne le frisson fébrile, les maladies chroniques, la chlorose, les cancers, le scorbut, et généralement toutes les maladies hyposthéniques ; aussi est-elle un signe presque constant de faiblesse.

La face ainsi que le reste du corps, mais d'une manière plus évidente, devient jaune, verdâtre, verte, noire, etc., dans les maladies qui se distinguent par ces diverses colorations.

La face rouge, colorée, chaude, animée, élastique, ferme, rénitente, et légèrement augmentée de volume, est ce qu'on nomme la face vultueuse ; elle n'est qu'une exagération de la face colorée.

Cette augmentation de volume a lieu dans les

éruptions qui s'élèvent sur cette région. Elle est accompagnée de pâleur dans la plupart des hydropisies ; il existe alors décoloration et bouffissure de la face.

On dit que la face est grippée, lorsqu'il y a diminution apparente de volume, et concentration des traits ; elle se remarque dans l'invasion des maladies aiguës et annonce un travail intérieur, profond et grave.

L'amaigrissement qui survient dans les maladies de long cours est ordinairement plus sensible à la face que partout ailleurs ; il survient dans les mêmes circonstances que l'amaigrissement général.

Le dernier degré de marasme qui termine le plus grand nombre des maladies chroniques, et une multitude d'affections aiguës, se peint sur la face d'une manière déplorable. Hippocrate a décrit cette espèce de physionomie d'une main si supérieure, qu'on lui a donné son nom ; ce qui n'est guère convenable :

Peau du front sèche et ridée, tempes creuses, yeux ternes, entr'ouverts, enfoncés ou proéminents, nez effilé et froid, narines rapprochées, pommettes saillantes, joues creuses, lèvres pâles ou livides, amincies, dents sèches et découvertes, menton alongé, oreilles froides, sèches, retirées, tels sont les principaux traits de cette effrayante physionomie.

Lorsque l'expression des yeux cesse d'être en

rapport avec les objets extérieurs, le malade est dans le délire, quelle que soit cette expression, et dans ce cas ce phénomène n'a pas d'autre signification que le délire lui-même.

Les changements qui surviennent dans les yeux sont occasionés par une lésion de l'organe lui-même ou par une lésion du cerveau, ce qui est bien plus fréquent. Dans quelques cas l'état des yeux est sympathique de maladies d'organes éloignés.

Dans les inflammations du cerveau et des méninges, dans l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, etc., l'œil est fixe, convulsé en haut, en bas ou sur les côtés; le parallélisme des axes visuels est dérangé. On conçoit qu'il doit exister alors une altération locale de la portion du cerveau qui préside aux mouvements de l'œil; cette altération peut être durable ou passagère.

Dans les congestions cérébrales, dans l'apoplexie, dans la strangulation, l'asphyxie, dans quelques phlegmasies, l'angine intense, dans le troisième degré des maladies du cœur, enfin toutes les fois que le sang stagne ou se porte vers la tête, l'œil fait saillie hors de l'orbite et paraît augmenté de volume; mais cette augmentation n'est qu'apparente, l'œil n'augmente réellement de volume que dans l'hydrophthalmie, dans quelques inflammations de l'intérieur de cet organe.

Dans les maladies chroniques accompagnées de marasme, dans le collapsus de quelques affections

aiguës, l'œil est enfoncé dans l'orbite et paraît diminué de volume; l'atrophie seule le diminue réellement.

La cornée opaque est rouge, injectée, dans l'ophthalmie, dans les phlegmasies thoraciques, dans celles du cerveau, etc. Elle est quelquefois plus blanche que dans l'état naturel, ce qui a lieu dans les scrofules et souvent dans la phthisie; elle devient jaune dans l'ictère, avant que cette couleur soit sensible ailleurs.

La pupille peut être très mobile ou immobile; dans ce dernier cas elle est le signe d'une amaurose ou d'un état comateux produit par la compression du cerveau ou par l'altération de quelques parties de cet organe. Dans l'état actuel de la science, on n'a pas encore déterminé quelle était la partie du cerveau qui doit être le siége de cette altération. Dans les maladies circonscrites de l'encéphale, aiguës ou chroniques, l'immobilité de la pupille ne se remarque que d'un côté. La pupille est contractée dans l'iritis, l'ophthalmie interne, l'inflammation des méninges, etc. Un médecin a prétendu que la forme de la pupille devenait quelquefois irrégulière dans les affections vermineuses.

On a donné la dilatation des pupilles comme un signe de faiblesse, nous ferons remarquer à ce sujet que la pupille est en général plus étroite chez les vieillards que chez les jeunes gens, ce qui

ne confirmerait pas l'opinion que nous rapportons.

Les paupières paraissent pesantes dans les maladies cérébrales et dans toutes celles qu'accompagne une profonde débilité; elles sont serrées l'une contre l'autre dans quelques délires et dans certains mouvements convulsifs. Quelquefois elles ne couvrent qu'une partie des yeux, qui restent entr'ouverts, ce qui est le signe d'une extrême faiblesse. Elles peuvent être paralysées, et ne pouvoir se relever, ce qui indique ou une altération du cerveau, ou une maladie des organes chargés d'exécuter les mouvements de ces parties. Quelquefois elles se ferment et s'ouvrent alternativement, ce qui constitue le clignotement. Les changements de couleur et de volume qu'elles éprouvent se montrent dans les mêmes circonstances que ceux qui surviennent sur le reste du corps.

Dans le coryza, dans la plupart des phlegmasies de la peau les yeux sont larmoyants.

Les signes tirés de la caroncule lacrymale offrent peu d'importance; elle rougit dans les maladies avec hypersthénie, et pâlit dans les maladies chroniques; sa pâleur n'est pas un caractère exclusif des hydropisies, ni des affections nerveuses.

Les sourcils ne fournissent pas d'autres signes que ceux que l'on tire de l'expression de la face.

Le front exprime les mêmes passions que le

reste du visage. Il est le siége d'éruptions variées, d'exostoses, etc.

Les malades éprouvent fréquemment un violent resserrement des tempes; c'est ordinairement le signe d'une congestion cérébrale. Ces parties se creusent et s'affaissent dans le marasme et le collapsus des maladies aiguës. Les artères qui les sillonnent battent avec violence dans les congestions, les inflammations, les ramollissements, les épanchements du cerveau, dans l'érysipèle à la face, et même dans la plupart des maladies aiguës violentes.

Les joues sont colorées dans le paroxysme des maladies aiguës, en général dans les hémorrhagies et dans les phlegmasies avec réaction générale. Cette coloration est variable dans les maladies cérébrales. Lorsque cette rougeur est bornée à un seul côté dans les phlegmasies thoraciques, il ne faut pas croire que ce soit toujours du côté malade, ainsi que l'ont dit les anciens auteurs.

On a remarqué que la rougeur circonscrite des pommettes annonçait souvent une prédisposition à la phthisie pulmonaire. Les joues peuvent être le siége d'une éruption particulière, connue sous le nom de *coupe-rose*.

Les mouvements rapides des narines annoncent la difficulté de la respiration, et se voient dans les maladies du cœur, du poumon et du cerveau. Le prurit des narines précède l'érysipèle de la face,

l'épistaxis, et accompagne les affections vermineuses.

Les variations de couleur, de volume, de température, etc., dont le nez est le siége, sont le résultat des mêmes causes que celles qui ont lieu sur le reste du corps.

Dans les convulsions dépendantes, soit d'une maladie aiguë, soit d'une maladie chronique du cerveau, les lèvres sont contractées, leur angle peut être tiré à droite ou à gauche, et même des deux côtés à la fois; dans le cas dont nous parlons, lorsqu'un seul angle des lèvres est tiré d'un côté, c'est toujours du côté convulsé, c'est-à-dire du côté malade.

Dans les hémiplégies, l'angle des lèvres est tiré du côté sain; le côté malade n'imprimant aucune résistance, se laisse entraîner dans le sens opposé. Tous ces phénomènes indiquent une lésion cérébrale, qu'on trouve presque toujours après la mort.

Les lèvres sont pendantes dans les maladies accompagnées d'une grande faiblesse; elles sont tremblantes dans quelques maladies du cerveau et de l'estomac; ce phénomène précède quelquefois le vomissement.

L'action de *fumer la pipe* est le signe ordinaire d'une forte compression cérébrale.

Les lèvres augmentent de volume dans les éruptions qui les couvrent; ces éruptions coïncident souvent avec la résolution des maladies; dans les

scrofules, etc. ; elles sont vermeilles dans les phlegmasies ; pâles, après les évacuations excessives, dans le frisson des maladies ; livides, bleuâtres, dans les maladies du cœur, etc. ; elles sont quelquefois gercées, fendillées, ou lisses et sèches dans les irritations fortement prononcées ; elles se couvrent des mêmes enduits que la langue.

Le menton présente peu de signes notables : il peut être le siége de diverses éruptions, dont quelques unes sont critiques, et dont quelques autres sont des maladies qui n'attaquent que cette région, telles que la mentagre. On a cru que la barbe tombait dans certaines affections, et en particulier dans la syphilis.

Les cheveux tombent à la suite des maladies aiguës graves. Ils changent quelquefois de couleur ; ils prennent facilement la couleur blanche ; ils deviennent verts chez les ouvriers qui travaillent le cuivre, etc.

Il est une maladie singulière dont l'existence est encore en litige, laquelle s'observe peu dans nos climats, et dont le caractère principal est le mélange inextricable des cheveux. Ils s'entortillent, s'agglomèrent entre eux, forment des mèches contournées en spirales, ou droites, des plaques qui recouvrent la tête, et contractent une sensibilité extraordinaire, c'est la plique polonaise.

Les oreilles ne fournissent guère d'autres signes que les différentes parties examinées jusqu'à pré-

sent. Elles augmentent de volume dans l'érysipèle, paraissent s'amincir dans le marasme ; sont rouges et chaudes dans les phlegmasies, dans les congestions cérébrales, les approches du délire, etc. ; sont froides, pâles ou livides dans le frisson fébrile, ou dans un extrême abattement des forces.

— Les signes fournis par les parotides sont d'une bien plus haute importance ; mais leur gonflement, leur inflammation, leur suppuration et leur gangrène, n'apprennent rien pour le diagnostic local, et servent seulement au pronostic des maladies où elles se montrent. On les a distinguées en critiques et en acritiques. Nous reviendrons plus tard sur ce phénomène intéressant.

— La longueur du cou n'est point une signe infaillible de prédisposition à la phthisie pulmonaire : bien des personnes n'ont pas le cou long et sont phthisiques, *et vice versâ ;* le cou court n'est pas davantage le signe d'une prédisposition aux hémorrhagies cérébrales. Nous voyons tous les jours des apoplectiques maigres, au cou alongé.

Le volume du cou augmente dans quelques circonstances particulières, et dans tous les cas où le reste du corps peut augmenter aussi. Le goître, l'emphysème et l'angine produisent principalement cet effet.

Les battements des artères carotides ont lieu

dans la plupart des affections cérébrales très aiguës et très violentes. La position du cou est altérée dans le torticolis, dans la paralysie, dans les luxations des vertèbres cervicales, dans les convulsions.

— L'extérieur du thorax doit fixer notre attention. Cette cavité doit être large et bien développée lorsqu'elle renferme des organes sains et vigoureux ; mais, dans l'état de maladie, le volume du thorax augmente, diminue, et sa forme s'altère.

Lorsqu'il y a dans la poitrine un épanchement de liquides ou d'air, son volume augmente; ainsi dans l'hydrothorax, l'hydropéricarde, dans l'empyème, dans l'épanchement de sang, dans le pneumothorax, elle se développe, et forme une saillie. Ce développement peut n'avoir lieu que d'un seul côté, ou se montrer des deux côtés à la fois, lorsque la maladie est double; des tumeurs accidentelles peuvent occasioner aussi ce développement.

Pour reconnaître les épanchements de liquides et de gaz existants simultanément dans la poitrine, on a fait revivre la succussion indiquée par Hippocrate. Dans ce cas, en saisissant le malade par les épaules, et lui imprimant une forte secousse, on entend un bruit comparable à celui qu'on obtient en agitant une bouteille à demi pleine. Dans cette affection, il arrive quelquefois que le malade, en se

levant tout-à-coup, entend comme une goutte d'eau qui tomberait dans une carafe à moitié remplie ; ce dernier signe est indiqué par M. Collin.

Nous ne répèterons pas ce que nous avons dit de l'augmentation de volume occasionée par l'œdème, l'emphysème et l'inflammation des parties extérieures du corps ; des changements de couleur, de température, que subit la peau en général; ces considérations s'appliquent rigoureusement à l'extérieur de la poitrine.

Cette cavité diminue de capacité dans les pleurésies ou les pleuro-pneumonies chroniques, lorsque le poumon n'est plus pénétré par l'air, ou que des adhérences générales et très fortes empêchent les côtes de se dilater. Alors l'un des côtés de la poitrine est sensiblement affaissé, et paraît atrophié ; les individus qui présentent ce phénomène ont ordinairement l'épaule de ce côté plus basse que celle du côté opposé.

Pour s'assurer avec précision du degré de développement des deux côtés du thorax, il suffit d'en mesurer la circonférence avec un cordon ; on obtient ainsi l'étendue générale ; ensuite après avoir plié ce cordon en deux, on mesure l'espace compris entre les apophyses épineuses et le milieu du sternum des deux côtés. La différence dans les longueurs donne la différence de capacité. On a soin de pratiquer cette exploration à diverses hauteurs, et de ne comparer entre elles que les régions qui

occupent le même niveau. Il faut, de plus, se souvenir que la poitrine est rarement symétrique.

Dans le rachitisme la forme de la poitrine est souvent altérée, la colonne vertébrale est déviée, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais presque toujours à droite; les côtes font saillie d'un côté, et sont déprimées de l'autre.

— Les parois de l'abdomen présentent les mêmes changements de volume, de couleur, de température, que les autres parties du corps et par les mêmes causes; mais l'augmentation de son volume est principalement occasionée par les liquides et les gaz qu'il contient, et aussi par les tumeurs qui se développent dans son intérieur, ou qui se montrent sur sa circonférence.

On connaît que le développement général du ventre est dû aux gaz qu'il contient, lorsqu'en imprimant un choc rapide sur ses parois, on entend un son clair comme celui que rendrait un tambour, ou approchant. Ce météorisme peut être général ou borné à une seule région de l'abdomen; il est ordinairement le signe de l'irritation des intestins; mais il peut survenir dans des cas de faiblesse réelle. Il est aussi un signe d'hystérie, d'hypochondrie, etc.; c'est dire assez que le dégagement des gaz qui le produisent est sous l'influence du système nerveux.

Lorsqu'on veut s'assurer si la tuméfaction du

ventre est due à l'accumulation d'un liquide, on donne au malade la position que nous avons indiquée en parlant de la manière de l'examiner, et après avoir placé la paume de la main sur un des côtés de l'abdomen, on percute le côté opposé; ce choc imprime au liquide contenu un mouvement qui donne à la main appuyée sur les parois abdominales la sensation d'une espèce de flot qui vient la frapper; c'est ce phénomène qu'on appelle fluctuation, et qui décèle la présence des liquides renfermés dans la cavité péritonéale, ou dans des kystes accidentels; mais ce signe est commun à ces deux sortes d'hydropisies. L'expérience et le raisonnement nous en ont fait découvrir un très propre à les différencier.

Nous ne croyons pas que ce signe ait été décrit par les auteurs.

Dans l'exploration des hydropiques, en opérant la percussion de l'abdomen afin de produire la fluctuation du liquide, nous avons remarqué, ainsi que tous les médecins, que, dans l'ascite, cette percussion, faite à la partie la plus éminente, donnait lieu, la plupart du temps, à un son semblable à celui de la tympanite; il nous a été facile d'en conclure que les intestins, distendus par des gaz, flottaient au-dessus du liquide, où leur pesanteur spécifique les forçait de remonter. Ayant eu souvent occasion de faire le même examen sur des personnes affectées d'hydropisies enkystées,

dont le développement était considérable (car ce n'est qu'alors qu'il peut exister quelques doutes sur la nature de la maladie), nous avons observé au contraire que la fluctuation était très évidente à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le son du météorisme avait lieu sur les côtés, parties les plus inférieures, le malade étant couché sur le dos. Ce phénomène se conçoit encore parfaitement, si l'on réfléchit que la tumeur, en se distendant outre mesure, refoule sous elle et sur les côtés toute la masse intestinale.

Les deux observations suivantes pourront confirmer cette remarque.

Hydropisie ascite. — Marie-Anne-Victoire Leclerc, âgée de soixante-dix-sept ans, née de parents sains, ayant toujours joui d'une santé parfaite, sauf quelques hémorrhagies utérines survenues à l'*âge critique*, fut prise, dans l'hiver de 1815 à 1816, d'une paralysie caractérisée par la gêne dans la parole, une diminution sensible de l'intelligence et un affaiblissement de tout le côté gauche. A la suite de cet accident, sans douleurs antécédentes, ni autres symptômes que ceux dont nous venons de parler, le ventre se gonfla rapidement d'une manière égale, et présenta à l'examen une fluctuation bien manifeste. Il atteignit en peu de temps un très grand développement, qui n'a pas sensiblement augmenté depuis. Le 12 mars 1817, la malade éprouvant une faiblesse générale très

grande, se vit forcée d'entrer à l'infirmerie. Sa figure était maigre et décolorée ; les caroncules lacrymales très pâles; la bouche n'était point amère, quoique la langue fût blanchâtre et humectée ; la malade conservait de l'appétit. L'abdomen était indolent, mais il était très développé, très distendu ; la peau qui le recouvrait était lisse et luisante, la fluctuation était bien manifeste dans tous les sens ; *mais lorsqu'on frappait sur la partie la plus saillante du ventre, la malade étant couchée, on entendait un son absolument semblable à celui qu'on obtient dans la tympanite.* A la partie inférieure de l'abdomen et surtout vers les lombes, on apercevait un bourrelet saillant sur lequel la pression des doigts laissait une empreinte concave. Les selles étaient rares et difficiles, les urines abondantes. La respiration n'était pas sensiblement gênée encore, la malade toussait, et expectorait une matière muqueuse peu abondante. Le pouls était faible et d'ailleurs à peu près dans l'état naturel ; la peau était fraîche ; les jambes étaient infiltrées, mais surtout le soir. Nous ne suivîmes pas la malade qui n'était pas dans nos salles ; mais à la mort on trouva une prodigieuse quantité de sérosité claire épanchée dans la cavité péritonéale ; les intestins pâles, distendus par des gaz, se présentèrent les premiers sous le scalpel, ils flottaient sur le liquide ; le foie était comme racorni, inégal et verdâtre à sa surface, jaunâtre à l'intérieur.

Les autres organes ne fixèrent pas l'attention, et ne furent pas examinés.

Hydropisie enkystée de l'ovaire (1). — Jeanne-Françoise Valot, âgée de cinquante ans, née de parents sains et ayant toujours joui elle-même d'une bonne santé, fut saisie en 1809, à l'époque menstruelle, de douleurs très vives, qu'elle compare à celles de l'enfantement; ces douleurs durèrent trois jours et revinrent périodiquement tous les mois pendant deux ans. L'abdomen prit à cette époque un volume remarquable. Cette tuméfaction commença par le côté gauche; étant arrivée au point de rendre la suffocation imminente, on pratiqua une première ponction, qui, au rapport de la malade, donna lieu à un écoulement d'un seau de liquide dont la couleur varia jusqu'à trois fois d'une manière bien remarquable. Quatre mois après on fut obligé de revenir à la ponction; l'enflure commença encore par le côté gauche. A des intervalles plus ou moins grands, on lui a pratiqué onze ponctions : l'enflure recommençait constamment par le même côté. Nous avons été témoin de plusieurs de ces ponctions; dans les dernières, la couleur du liquide a varié depuis le jaune trouble jusqu'à un brun semblable à du

(1) Nous avons cru pouvoir citer cette observation, quoique le sujet soit encore vivant, parceque tous les signes de l'hydropisie enkystée nous paraissent réunis de manière à ne pouvoir laisser aucun doute sur le genre de la maladie.

chocolat, s'il est permis de se servir d'une telle comparaison. A cette époque l'abdomen était loin de revenir à son état naturel; on sentait sous les parois affaissées du côté gauche une tumeur dure, circonscrite, assez inégale et du volume des deux poings, tandis que le côté droit restait distendu et présentait encore une fluctuation manifeste, ce qui fait fortement soupçonner que le kyste n'est pas unique. La maladie, au 1er avril 1817, paraissait stationnaire depuis un an environ. La malade ressentait alors une douleur profonde au côté gauche de l'abdomen; elle disait éprouver dans cet endroit la sensation d'une plaie intérieure; elle était importunée aussi par des élancements dans la fosse iliaque droite. Le ventre était très tendu, volumineux; la peau qui le recouvrait était lisse et sillonnée par des lignes blanchâtres; *la fluctuation était sensible à la partie la plus élevée, le météorisme et la résonnance aux parties latérales;* il existait une grande quantité de gaz intestinaux, dont le dégagement peut rendre raison de la diminution de volume remarquable qui survenait quelquefois du jour au lendemain. La face était pâle, les caroncules lacrymales blanches, la langue nette, l'appétit naturel, les urines très abondantes depuis six mois; la respiration libre, le pouls un peu fréquent. La maladie a présenté depuis lors jusqu'à ce jour des alternatives peu notables; on n'a pas encore été obligé de pratiquer la ponction.

Nous avons fait depuis plusieurs ouvertures de femmes mortes avec des hydropisies enkystées des ovaires parvenues à un volume énorme: les intestins comprimés sous ces masses informes, ordinairement composées de plusieurs kystes, laissaient échapper sur les côtes quelques unes de leurs circonvolutions météorisées; les parties qui se trouvaient sous la tumeur étaient diminuées de volume et affectées d'inflammations chroniques.

Il nous a semblé assez intéressant de noter un signe de plus, propre à distinguer deux maladies si différentes.

Il est des cas où le signe dont nous venons de parler est en défaut. D'abord il peut se faire que les intestins ne soient pas distendus par des gaz, et dès lors, il est impossible de s'assurer du lieu qu'ils occupent, dans l'une comme dans l'autre espèce d'hydropisie. Il peut arriver aussi qu'il y ait, dans l'hydropisie ascite, une si grande quantité de fluide, que le mésentère ne soit plus assez étendu pour permettre aux intestins de flotter à la surface du liquide. En second lieu, les intestins, refoulés par la tumeur enkystée, peuvent retomber sur le devant du kyste, ainsi que nous en avons vu un exemple, et en imposer pour une ascite. Ces cas exceptionnels n'empêchent pas que le moyen que nous venons de signaler ne soit utile dans la majorité des cas.

Lorsque l'augmentation de volume de l'abdomen

n'est que partielle, elle est formée, avons-nous dit, par différentes tumeurs. La présence de ces tumeurs est un des signes les plus positifs pour caractériser les maladies organiques des viscères abdominaux. Lorsque ce signe existe bien évidemment, il est presque impossible de révoquer en doute l'existence de ces affections. Mais la tumeur peut être dérobée à l'exploration du médecin, et la maladie n'en exister pas moins; c'est ce que l'on observe dans le cancer de l'estomac, lorsque cette tumeur est cachée sous le foie, ou sous le sternum plus long qu'à l'ordinaire, ou sous les fausses côtes.

Pour bien apprécier à quel organe appartient la tumeur, il faut se souvenir de la division de l'abdomen en régions, et avoir bien présents les organes qui correspondent à chacune de ces régions. Alors si une tumeur occupe une de ces régions, on rapportera la tumeur à l'organe qui a son siége dans cette partie, on arrivera à la certitude, si la fonction de cet organe se trouve altérée d'une manière proportionnée.

Cette règle n'est pas constante; il arrive quelquefois que des viscères sont déplacés et occupent des régions bien éloignées de leur siége ordinaire. J'ai eu occasion de trouver l'extrémité pylorique de l'estomac dans la fosse iliaque gauche. Un vomissement de sang qui avait eu lieu, et l'état assez naturel des selles, m'empêchèrent de commettre une méprise; je présumai fortement, malgré l'anomalie de la position de la tumeur, que

c'était l'estomac qui était affecté ; ce qui fut trouvé exact à l'ouverture du corps.

Il faut examiner attentivement le volume de la tumeur; il indiquera le degré de la désorganisation : sa consistance, qui fera présumer sa nature, liquide, solide, ou gazeuse ; on conçoit combien cette distinction est importante pour le diagnostic : sa mobilité ou son immobilité ; si elle est mobile, on pourra conjecturer que la tumeur n'est que le produit de matières alimentaires accumulées ; si elle se dilate, on pourra soupçonner une maladie des gros vaisseaux; si elle est immobile, on aura plus à redouter une lésion organique profonde : sa sensibilité, le genre de douleurs qu'elle occasione, ou son insensibilité ; en effet, elle pourra être très sensible, à cause d'un état inflammatoire ; elle pourra occasioner des douleurs lancinantes, qui caractérisent le cancer, ou être indolente, etc. Cet examen devra se faire pour toutes les tumeurs, quelle que soit la région qu'elles occupent.

Si la tumeur a son siége à l'épigastre, l'estomac, le foie, le pancréas, les gros vaisseaux, les parois abdominales pourront être malades ; on devra remarquer avec soin l'altération des fonctions.

Si elle est placée dans l'hypochondre droit, le foie, le duodénum, la courbure du colon, le rein droit, etc., pourront être affectés.

Dans l'hypochondre gauche, la courbure descendante du colon, la rate, le rein gauche, etc.

Si la tumeur a son siége dans les flancs, l'ombilic, les fosses iliaques, l'hypogastre, elle pourra appartenir aux organes contenus dans ces régions, ou dans leurs parois ; on le reconnaîtra aux altérations fonctionnelles et aux caractères qui servent à les distinguer.

On rencontre sur les parois abdominales, des tumeurs qui se montrent sur des ouvertures naturelles, augmentent par les efforts de respiration, et rentrent dans l'abdomen lorsqu'on les comprime ; ce sont des hernies.

On trouve dans l'aine des bubons vénériens, pestilentiels, des engorgements glanduleux, des abcès primitifs et consécutifs, etc.

Sur le trajet de la colonne vertébrale, on trouve quelquefois des tumeurs fluctuantes, et plus souvent la saillie des vertèbres. Cette saillie est le signe principal du mal de Pott.

On a remarqué que le ventre diminuait de volume à la suite des phlegmasies violentes des organes qu'il renferme ; dans la colique de plomb, où les parois abdominales semblent collées contre la colonne vertébrale, après des évacuations excessives, et dans la maigreur portée à un haut degré.

Les douleurs abdominales accompagnent les inflammations des viscères, leur désorganisation, et aussi un état nerveux particulier ; la distension des intestins, par des gaz, la présence des vers, etc.

Le siége de ces douleurs, comme celui des tu-

meurs, ainsi que leur nature, est très propre à faire reconnaître quel est l'organe malade.

La température des diverses régions est importante à considérer. La chaleur et la sécheresse de la peau doivent faire présumer l'irritation profonde d'un organe correspondant.

L'augmentation de consistance de l'abdomen, qui est ordinairement en rapport avec son volume, sa tension, dans les maladies, sont en général un signe d'irritation.

Les maladies dont nous avons parlé impriment, pour la plupart, à sa forme une espèce d'irrégularité. Dans l'ascite, il est dilaté d'avant ou arrière, et une espèce de tumeur pellucide, qui s'ouvre quelquefois, surmonte l'ombilic. Dans l'œdème des parois du ventre, le plus grand diamètre est transversal, et l'on observe aux aines, vers les lombes, et sur les côtés, des espèces de bourrelets formés par la sérosité accumulée dans le tissu lamineux de ces régions.

— L'extérieur des parties génitales est le siége des phénomènes primitifs de la syphilis; des accidents consécutifs s'y développent aussi. On y voit des écoulements, des chancres, des ulcères, des tumeurs de toute espèce. Le caractère particulier de ces affections, est le partage de traités spéciaux.

Le volume des organes de la génération augmente dans l'inflammation de ces organes, dans

l'œdème et les hydropisies en général, dans la gangrène, etc.; nous ne devons pas parler ici de l'érection, qui appartient à une autre série de signes.

Le pénis diminue de volume dans les grandes douleurs, dans la hernie étranglée, la péritonite, la néphrite calculeuse, etc. Il diminue par des excès réitérés, et par les progrès de l'âge; il faut dire aussi que les mêmes causes favorisent quelquefois son développement, sans doute alors par une espèce d'infiltration mécanique.

Les parties génitales des femmes présentent des accidents semblables. Les abcès se forment souvent dans la vulve, dont le tissu, pour ainsi dire spongieux, permet toutes sortes d'infiltrations.

On a prétendu que M. Broussais avait observé que dans les gastro-entérites les grandes lèvres étaient rouges et sèches.

Lorsqu'il existe quelque inflammation de l'utérus, de la vessie ou du rectum, ou quelque affection organique douloureuse, la douleur se fait sentir aux cuisses, aux aines et aux lombes.

—La plupart des signes donnés par les membres peuvent être traités avec ceux que fournissent les organes locomoteurs, tels sont les mouvements désordonnés dont ils sont agités, leur roideur, leur contracture, leur immobilité. Il en est cependant quelques uns qui se bornent à l'apparence extérieure dont il peut être ici question.

Indépendamment des causes générales qui changent le volume, la couleur, la consistance, la température du reste du corps, il est quelques circonstances particulières qui paraissent spécialement affecter les membres. Ainsi dans l'hydrothorax et l'hydropéricarde, on remarque plus spécialement l'œdème du membre thoracique correspondant. Dans les hydropisies, les membres pelviens s'œdématient promptement. L'enflure commence par la malléole, et finit par envahir tout le membre, qui acquiert parfois un volume énorme. L'emphysème se propage plus tôt dans ces parties qu'ailleurs. La compression d'un nerf, d'une artère, d'une veine, des vaisseaux lymphatiques, leur destruction, par une cause quelconque, diminuent ou augmentent le volume des membres. La couleur livide, bleue, noirâtre, qui se manifeste dans le troisième degré des maladies du cœur, dans le froid intense, dans le frisson fébrile, etc., est aussi plus marquée dans les membres.

Dans la phthisie pulmonaire, et dans la plupart des inflammations chroniques, la paume des mains et la plante des pieds sont chaudes, brûlantes, sèches ou couvertes de sueur.

La chaleur des extrémités diminue quelquefois dans les inflammations aiguës violentes des viscères de l'abdomen ou de leur enveloppe.

Diverses tumeurs peuvent altérer la forme des

membres; ces tumeurs sont syphilitiques, scorbutiques ou autres.

§ II. Des phénomènes morbides des appareils locomoteurs, considérés comme signes diagnostiques.

Les appareils dont nous allons étudier les phénomènes morbides sont au nombre de ceux qui fournissent les signes les plus nombreux, les plus positifs, les plus intéressants. Ils permettent de calculer avec une grande précision les altérations des organes qui commandent et exécutent ces fonctions. Ce point important de la pathologie est une conquête toute moderne. Les anciens n'avaient que des données bien vagues et bien peu précises sur le sujet qui va nous occuper. Par l'étude des signes qu'ils nous présentent, nous sommes parvenus à déterminer d'une manière pour ainsi dire mathématique le lieu, l'étendue, la nature de la plupart des affections cérébrales ; et ces maladies, naguère les plus obscures de toutes, sont aujourd'hui les plus claires.

Les signes fournis par la locomotion dépendent et des organes qui exécutent les mouvements et de ceux qui les dirigent. Avant de porter son attention sur ces derniers, il faut d'abord être bien sûr que les premiers sont dans leur état normal.

Les organes passifs des mouvements offrent des signes qui appartiennent aux maladies qui leur sont

propres, telles que les fractures, les luxations et autres.

Le corps des os longs et les os plats sont fréquemment le siége de tumeurs syphilitiques. On a observé que le scorbut produisait le décollement des cartilages ; les scrofules, le gonflement du tissu spongieux ; le rachitisme, le ramollissement des os, et leur courbure dans tous les sens. Les os sont susceptibles de s'user lentement par le frottement d'une tumeur mobile, comme dans les fongus de la dure-mère et dans les anévrysmes des gros vaisseaux ; de s'altérer et de se détruire, comme dans la carie vertébrale, ce qui occasione la gibbosité et la paraplégie.

Ce sont surtout les muscles, organes actifs de la locomotion qui abondent en signes précieux.

Leur augmentation d'énergie est rare dans les maladies ; on l'observe pourtant dans quelques délires aigus ou chroniques, dans la manie, et dans quelques maladies nerveuses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc.

La plupart des maladies aiguës abattent plus ou moins les forces musculaires. Dès le prodrome même de ces maladies, avant leur invasion, les malades éprouvent des lassitudes pour les moindres mouvements. Dans les progrès, l'état ou le déclin des maladies, il en est qui sont caractérisées par un tel affaiblissement que les individus qui en sont atteints ne peuvent même pas se tourner dans

leur lit. Tel est l'effet du typhus, et généralement des maladies adynamiques. Les plus légers efforts sont excessivement pénibles.

Lorsque la contractilité musculaire est abolie ou du moins très difficile, c'est, avons-nous dit, la paralysie. Nous voici parvenus à l'un des plus intéressants phénomènes que nous puissions observer.

Jusqu'à ces derniers temps, la paralysie a été considérée comme une maladie idiopathique plutôt que comme un signe d'une altération sensible survenue dans le cerveau, dans ses dépendances ou dans les vaisseaux qui portent aux membres un fluide excitant et réparateur. Ce n'est que depuis peu qu'on a reconnu qu'elle dépendait presque constamment d'une lésion organique plus ou moins facile à constater, et qu'on l'a fait servir à reconnaître dans le vivant le genre d'altération qui la produisait. On sait aujourd'hui que, selon la partie du corps qu'elle occupe, elle indique le siége et l'étendue de la lésion cérébrale; et que, selon sa marche, la manière dont elle se manifeste, elle décèle le genre, l'espèce d'altération qui existe. Elle est, en effet, le signe le plus précieux que nous possédions pour distinguer les diverses maladies du cerveau. Pour mettre mieux à même de juger à quel degré de précision cette partie de l'art s'est élevée dans ces derniers temps, nous allons exposer ce que disent sur ce sujet les auteurs les

plus modernes, les plus recommandables, et dont les préceptes peuvent être considérés comme l'état actuel de la science. Voici ce que dit le célèbre M. Pinel.

Description générale de la paralysie. Prédispositions et causes occasionelles. — « Les plus ordinai-
» res sont, un état de pléthore, le refroidissement
» subit, l'interruption d'une saignée habituelle, la
» suppression du flux menstruel et hémorrhoïdal;
» celle de la sueur, d'un exutoire quelconque, d'un
» ancien ulcère; les narcotiques, l'habitude de l'i-
» vresse, des coups sur la tête, une terreur, surtout
» dans la menstruation; des chagrins profonds, un
» emportement de colère, de la tristesse, des tra-
» vaux dans les mines de plomb et de mercure;
» l'usage exclusif de ces deux métaux; l'apoplexie,
» l'épilepsie, l'hystérie, etc. »

Il est évident, d'après l'énumération de ces causes, que le savant nosographe regarde la paralysie comme une affection essentielle, abstraction faite de l'altération dont elle est le symptôme, les diverses causes qu'il énumère étant susceptibles de développer les différentes maladies de l'encéphale, depuis la congestion sanguine jusqu'au cancer de cet organe, etc. Mais ce que nous avançons est confirmé par cette phrase qui termine l'énumération des causes : « *La paralysie peut être dépendante d'une lésion cérébrale, rachidienne, nerveuse ou musculaire.* » N'est-il pas évident que l'auteur la considère, dans le très grand nombre des cas,

comme étant indépendante de ces lésions ?

Symptômes. « Ils consistent dans la diminution » ou l'abolition des mouvements volontaires. Les » parties affectées peuvent être dans un état de re- » lâchement, de tremblement ou de contraction. » Il peut y avoir perte de sensibilité, ou bien celle- » ci peut exister au même degré que dans l'état or- » dinaire; elle est même quelquefois augmentée. » Cette *affection* peut avoir lieu dans tout un côté » du corps (*hémiplégie*), dans les membres infé- » rieurs (*paraplégie*), ou se borner à quelques mus- » cles, comme, par exemple, à ceux de la face, du » bras, etc. C'est le côté gauche qui est le plus sou- » vent frappé de paralysie, sans doute parcequ'il » est moins fort, moins exercé, et peut-être moins » nourri. »

Cette dernière assertion ne nous paraît pas incontestable.

Le traitement que ce savant professeur indique pour la paralysie prouve encore plus que tout ce qu'on vient de lire qu'il la regarde comme une maladie le plus souvent indépendante de toute espèce d'altération locale.

Traitement de la paralysie. « Le traitement de la » paralysie varie *suivant les muscles particuliers qui* » *en sont frappés*, et surtout suivant la nature des » causes qui l'ont produite; mais tout indique, en » général, *l'usage des stimulants et des toniques :* les » eaux thermales sont propres à produire une sorte

» de fièvre artificielle. On ne peut nier aussi que » l'électricité n'ait guéri certaines paralysies ; mais, » pour en assurer le succès, il importe de bien » choisir les cas susceptibles de guérison, et de faire » un usage judicieux des moyens secondaires. La » respiration du gas oxygène, mêlé à l'air atmo- » sphérique dans la proportion d'un à vingt, a guéri » en six semaines une paralysie contractée par la » boisson du vin où entrait la litharge et l'acétate » de plomb. C'est au temps et à l'expérience à con- » stater l'effet du galvanisme contre l'asthénie mus- » culaire en général, quoique plusieurs faits dépo- » sent déjà en sa faveur. On trouve enfin dans les » auteurs plusieurs exemples de l'influence heu- » reuse des affections vives de l'âme, comme de la » joie, de la frayeur, de la colère, sur la guérison » de l'hémiplégie. »

Rien n'est plus propre à démontrer que la paralysie était considérée comme une maladie, et non comme un phénomène appartenant à une multitude d'affections différentes, que la description que nous venons de transcrire, et surtout que le traitement qu'on vient de lire. Assurément, si l'on eût su, comme on commence à le savoir aujourd'hui, que la paralysie dépendait d'une foule de maladies, on n'en aurait pas fait une description générale, et surtout on n'aurait pas tracé pour elle un traitement; mais on aurait rapporté ce phénomène à chaque affection qui la produit, et le traitement

aurait varié suivant chacune de ces affections. C'est là le point pratique de notre discussion. Faut-il de nouvelles preuves que la paralysie n'était pas considérée comme signe? ouvrons les traités de séméiotique, regardés comme classiques. Voici les passages que nous remarquons dans celle de M. le professeur Landré-Beauvais :

« Les membres sont immobiles et souples dans » la paralysie (487). »

« Les membres diminuent de volume dans la » paralysie. Cette diminution porte spécialement » sur les membres impotents, sur les deux cuisses » dans la paraplégie, sur le bras et la cuisse d'un » côté dans l'hémiplégie (448). »

En traitant des signes fournis par les sensations, le même auteur, au sujet de leur diminution et de leur abolition, s'exprime ainsi qu'il suit :

« Il n'est pas bien rare que, dans le cours des » fièvres adynamiques et ataxiques, les malades » soient privés de la vue..... Si c'est dans la crise » d'une maladie qu'on perd la vue, elle peut se ré- » tablir ; mais la terminaison n'est pas aussi heu- » reuse (237). »

« La cécité n'est quelquefois qu'un symptôme » d'un embarras gastrique ; elle cède alors assez fa- » cilement par l'usage des médicaments évacuants. » Celle qui se manifeste durant les fièvres intermit- » tentes anciennes est plus fâcheuse, souvent in- » curable (*ibid.*). »

« La surdité provient quelquefois de l'amas de » cérumen endurci dans les oreilles (239). »

« Dans les maladies, et particulièrement dans les » fièvres adynamiques et ataxiques, on observe » quelquefois une dureté de l'ouïe, ou même une » surdité complète. Le pronostic que l'on doit tirer » de ces signes varie selon le terme de la maladie, » et suivant les autres signes que présente le ma- » lade (*ibid.*). »

« La surdité accompagne quelques affections ca- » tarrhales, et particulièrement le coryza. Ordinai- » rement elle cesse avec les autres symptômes. » D'autres fois elle résiste aux moyens les plus » énergiques employés pour la combattre (*ibid.*). »

« La dureté de l'ouïe et la surdité au commen- » cement d'une maladie, avec beaucoup de trouble » et d'inquiétude, sont de mauvais signes; elles » annoncent du délire, et même souvent une fièvre » de mauvais caractère (*ibid.*). »

« La surdité qui survient durant la seconde pé- » riode d'une maladie, surtout à l'époque d'une » crise, et avec quelques autres signes critiques, est » d'un bon présage, etc. (240). »

« Dans les maladies aiguës et chroniques, la sur- » dité avec un grand épuisement des forces et d'au- » tres mauvais symptômes, est un signe dangereux, » et le plus souvent mortel, etc.

» Lorsqu'il y a de fortes douleurs dans les extré- » mités inférieures, la surdité qui survient les fait

» cesser, et réciproquement la surdité cesse ou di-
» minue par les douleurs des extrémités inférieures.
» La surdité cesse également s'il s'établit une suf-
» fisante hémorrhagie du nez, ou un flux du ventre
» bilieux dysentérique. Chez certains malades, le
» dévoiement et la surdité alternent. Pour l'ordi-
» naire, la surdité se dissipe pendant la convales-
» cence ; quelquefois elle continue pendant le reste
» de la vie.

» Lorsque la surdité et le délire se manifestent
» chez un malade, il faut observer si la surdité suc-
» cède au délire ou le délire à la surdité. Dans le
» premier cas, le danger est moindre. *On peut con-*
» *jecturer que l'affection du cerveau se porte sur l'o-*
» *reille.* Dans le second, au contraire, il y a plus à
» craindre, puisqu'on peut présumer que l'affection
» de l'oreille se porte sur le cerveau ; mais il faut alors
» que cette métastase ait été précédée de quelques
» signes d'une affection du cerveau, tels que l'in-
» somnie, l'assoupissement, le tremblement de la
» langue, des douleurs violentes de la tête. Si aucun
» de ces signes ne paraît, le délire qui suit la surdité
» est peu important (241). »

« Le sens de l'odorat diminue beaucoup dans le
» coryza, dans l'ozène des fosses nasales, et même
» dans quelques fièvres adynamiques; *il se perd*
» *tout-à-fait dans l'apoplexie, dans une partie des pa-*
» *ralysies et des hystéries*, et dans certaines fièvres
» adynamiques et ataxiques.

»La perte de l'odorat, accompagnée d'autres si-»gnes fâcheux, annonce un grand danger. Lorsque »les malades attaqués d'affections chroniques et »très affaiblis perdent l'odorat, c'est un signe »mortel.

»Les lésions du sens de l'odorat paraissent pou-»voir être produites par différentes causes, dont »les principales sont : 1° la sécheresse de la mem-»brane pituitaire et des papilles nerveuses. Dans »les maladies inflammatoires, l'odorat est émoussé »par cette sécheresse. 2° L'épaississement de la »membrane pituitaire et la compression des papilles »nerveuses, comme dans le coryza et dans l'ozène. »Dans les polypes des fosses nasales, l'odorat se »perd quelquefois entièrement ; certaines portions »de la pituitaire sont augmentées de volume, d'au-»tres sont comprimées par la tumeur. 3° Enfin »*une atteinte portée directement sur l'origine des* »*nerfs*. Ce sont particulièrement ces signes, que »l'on peut tirer des lésions produites par cette »cause, qui viennent d'être exposés (243).»

« Dans la plupart des maladies, le sens du goût »s'affaiblit ou se perd (247).»

«La diminution ou la privation du sens du tou-»cher qui survient sans fièvre *doit faire craindre* »*une paralysie ou une apoplexie.* Au commence-»ment d'une maladie aiguë, la perte du sens du »toucher annonce ordinairement une fièvre ataxi-»que. Dans les maladies où les forces sont épui-

» sées, la perte de ce même sens est un des signes
» qui indiquent une mort prochaine. »

« *Après les apoplexies, il arrive quelquefois* que
» le mouvement se rétablit et que le sens du tou-
» cher ne se reçouvre point. »

A l'article des signes tirés de la langue, page 138, on lit encore : « Le tremblement de la langue ac-
» compagne et précède assez ordinairement l'apo-
» plexie.

» Dans l'hémiplégie, le côté de la moitié du corps
» paralysé perd la puissance motrice ; l'autre con-
» serve cette faculté, et entraîne la langue de son
» côté. Quelquefois cependant on observe la para-
» lysie de la moitié de la langue opposée à la moi-
» tié du corps frappée d'hémiplégie. »

Et, page 236 du même ouvrage, on lit : « Dans
» l'apoplexie forte, les lèvres sont pendantes, ou au
» contraire constamment resserrées. »

Tels sont les passages relatifs au sujet qui nous occupe, qu'une lecture attentive de la Séméiotique de M. le professeur *Landré-Beauvais* nous a présentés. Il est facile de voir qu'il n'y est aucunement question des diverses altérations locales qui occasionent la paralysie. Les signes déduits de la paralysie dans cet ouvrage sont plutôt pronostiques que diagnostiques. On peut voir aussi que dans plusieurs endroits la paralysie y est considérée comme une maladie, et non comme un simple phénomène morbide. Nous avons scrupuleusement cité

tous ces articles afin que le lecteur pût mieux juger par lui-même l'état de la science à l'époque où ces ouvrages furent écrits, et mieux apprécier les progrès qu'elle a faits depuis.

Maintenant voici ce que dit M. *Chomel* sur la même matière dans sa Pathologie générale, page 164 :

» L'abolition complète de la contractilité mus-
» culaire et du mouvement constitue la paralysie :
» elle est *générale* dans les affections comateuses,
» dans la syncope, l'asphyxie, etc.; si elle s'étend
» à un côté du corps, c'est l'*hémiplégie*; à sa moitié
» inférieure, c'est la *paraplégie* ou *paraplexie*; si
» elle occupe le bras d'un côté et la jambe de l'au-
» tre, c'est la *paralysie croisée, qui est fort rare*. Elle
» est quelquefois bornée aux deux poignets ou à un
» seul, comme on le voit dans la colique métalli-
» que, dans quelques fièvres des prisons; elle peut
» même, à ce qu'il paraît, n'occuper qu'un seul
» faisceau musculeux. C'est du moins ce qu'on a
» soupçonné dans cette espèce de paralysie de la
» langue où cet organe perd seulement la faculté
» d'articuler quelques lettres. Dans l'abaissement
» permanent, ou chute de la paupière supérieure,
» le muscle releveur est seul frappé de paralysie.

» La sensibilité est entièrement suspendue dans
» tous le corps chez les apoplectiques et les asphyxiés,
» dans une partie seulement chez quelques paraly-
» tiques (175). »

Nous croyons inutile de transcrire ce que dit à ce sujet M. *Double*, dans sa Séméiologie générale ; il est entièrement dans les principes de ses prédécesseurs et de ses contemporains, comme on peut s'en assurer t. I, p. 338, *ibid.* 469; t. II, p. 403 et suivantes, *ibid.* 549, etc.

Nous ne devons pas omettre de citer ici une phrase remarquable du nouveau Dictionnaire de médecine, à l'article *paralysie* : « *La paralysie est le* » *plus ordinairement symptomatique d'une altération* » *survenue dans le cerveau ou dans les nerfs eux-mê-* » *mes.* » Mais il faut remarquer que cet ouvrage a paru depuis les travaux publiés sur ce sujet.

L'auteur de l'article *paralysie* du Dictionnaire des sciences médicales, quoique ayant sacrifié aux opinions anciennes sous beaucoup de rapports, semble cependant avoir pressenti qu'un jour la paralysie ne serait plus considérée comme une affection idiopathique, mais seulement comme un symptôme.

Avant d'entrer dans aucun détail, nous devons rappeler les principes qui nous ont dirigé dans les recherches que nous avons faites sur la paralysie ainsi que sur beaucoup de maladies. Ces principes sont ceux que nous avons exposés dans la première partie de cet ouvrage.

Il n'y a dans l'économie animale que des organes et des fonctions ; celles-ci ne sont autre chose que des organes en exercice.

Si les organes sont dans l'état sain, leur exercice aura lieu suivant un type donné, qui constituera l'état normal ou physiologique.

Si les organes sont dans l'état morbide, leur exercice n'aura plus lieu suivant l'état normal; il y aura dérangement de fonctions, etc., *et vice versâ*, etc.

Nous ajouterons que le même organe, ou du moins la même partie d'organes, ne peut remplir plusieurs fonctions, surtout dans le même moment. Chaque fonction a donc son organe propre, et réciproquement.

Si un organe paraît remplir plusieurs fonctions, il est incontestable que cet organe est multiple, divisé en plusieurs parties, qui chacune remplissent une fonction particulière.

L'encéphale (le cerveau, le cervelet), la moelle de l'épine et ses dépendances (les nerfs) sont les organes du sentiment et du mouvement. Nous ne voulons pas parler de l'intelligence en ce moment.

Sous le rapport du mouvement, l'encéphale est un organe multiple, car on peut mouvoir en même temps plusieurs parties; on peut aussi ne mouvoir qu'une seule partie, les autres restant en repos; ce qui doit faire conclure que ce n'est pas le même point qui les fait mouvoir.

Le sentiment et le mouvement ne peuvent pas avoir le même siége dans le cerveau, puisqu'on voit le sentiment lésé sans le mouvement, et celui-ci sans celui-là.

« Le célèbre La Condamine a vécu plusieurs » années avec une insensibilité absolue des mains ; » il exécutait tous les mouvements de ces parties. » J'ai vu à l'hospice de la Salpêtrière plusieurs » faits semblables (1). »

Les mouvements d'un côté du corps ne partent pas du même endroit du cerveau que ceux du côté opposé, ceux du bras d'un côté que ceux de l'extrémité inférieure du même côté. Ce qui le prouve, c'est que les uns sont affectés lorsque les autres ne le sont pas.

Les signes fournis par la diminution ou la perte du sentiment ou du mouvement, ne sont pas les mêmes suivant le siége, l'étendue, la marche, la nature et la durée de la paralysie.

De la paralysie considérée selon son siége et son étendue. — La paralysie consistant dans la perte ou la diminution des mouvements et du sentiment, il est clair que c'est dans les organes qui sont destinés à remplir ces fonctions qu'il faut chercher la cause de la paralysie. Le cerveau, le cervelet, le prolongement rachidien, les nerfs eux-mêmes, peuvent être le siége de l'altération qui la détermine. Bien plus, les vaisseaux sanguins cessant de porter un fluide excitant vers les muscles ou vers l'encéphale, peuvent occasioner le phénomène qui nous occupe. Les fortes dou-

(1) *Séméiotique* de M. Landré-Beauvais, p. 249.

leurs musculaires, les contractions violentes, les tiraillements considérables exercés sur quelques membres, peuvent déterminer l'immobilité de ces membres, l'impossibilité de les contracter, enfin une sorte de paralysie. L'expérience et le raisonnement sont parvenus, dans ces derniers temps, à faire reconnaître *à priori* non seulement le siége de ces altérations, mais encore leur nature. Il n'y a qu'à faire l'application des propositions précédentes.

La paralysie peut occuper tout le corps, être générale, n'en occuper que la moitié ou qu'une partie. Dans ces cas divers, elle n'indique pas la même altération.

De la paralysie générale. — Lorsque la paralysie est générale, elle est le signe d'une lésion générale de l'encéphale, ou d'une lésion centrale, ou bien encore d'une lésion locale, mais tellement étendue, qu'elle influence le côté sain ou la partie centrale. Ainsi la paralysie générale pourra indiquer un coup de sang, une congestion plus ou moins brusque portée à un haut degré, une méningite (nous ne voulons pas parler de la résolution des membres qui survient dans la syncope, dans l'asphyxie, etc.), un épanchement de sang dans un lobe du cerveau, avec irruption dans les ventricules et compression du côté sain du cerveau, un ramollissement très étendu qui aurait boursouflé un hémisphère au point de comprimer celui du

côté opposé ; enfin un tubercule, un cancer, un kyste développé dans la protubérance, etc. Ainsi, si l'on est appelé auprès d'un malade frappé d'une paralysie générale, on devra soupçonner ces diverses altérations. On pourra parvenir à les distinguer les unes des autres par des traits caractéristiques.

a. Lorsque la paralysie générale arrive dans un coup de sang, elle est alors brusque, rapide, et tout-à-coup portée au plus haut degré d'intensité ; elle diminue ordinairement avec promptitude, et se termine promptement par résolution, lorsqu'on la traite convenablement. Elle n'a guère plus de quelques heures ou un jour ou deux de durée. Elle peut aussi se terminer dans le même temps par la mort. On voit par là que cette maladie est caractérisée par la promptitude de sa marche et l'instantanéité de son invasion.

b. Si la paralysie générale est due à une méningite, elle aura été précédée par des phénomènes fébriles, par la force, la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la soif, la céphalalgie, et souvent le délire ; elle ne surviendra que dans une période avancée de la maladie, annoncera un épanchement séreux ou purulent dans les méninges ou dans les cavités des ventricules.

c. La résolution des membres, qui arrive dans la syncope et dans l'asphyxie, est facile à reconnaître, parceque leur cause, en général, facile

à saisir est spéciale, et leurs autres signes assez caractéristiques.

d. La paralysie générale, qui est occasionée par un épanchement de sang considérable ayant son origine dans un hémisphère, faisant irruption dans les ventricules et comprimant l'hémisphère opposé, peut être reconnue à ce que cette paralysie est plus forte d'un côté que de l'autre, et à ce qu'elle a ordinairement commencé par frapper un côté du corps.

e. Un ramollissement considérable qui aurait boursouflé tellement un côté du cerveau qu'il comprimerait le côté sain pourrait se reconnaître à la marche ordinaire et graduelle de cette maladie.

f. Il sera beaucoup plus difficile de distinguer un épanchement survenu dans la protubérance annulaire et un ramollissement de la même partie; mais on pourra soupçonner ces altérations lorsque les phénomènes seront généraux, et qu'ils pourront cependant, par leur marche, être rattachés à ceux de ces affections.

g. Enfin si c'est un kyste, un tubercule, un cancer développé dans le mésocéphale, la marche chronique de la maladie exclura l'idée d'un ramollissement ou d'une apoplexie, et les signes à la vérité assez obscurs de ces maladies pourront les faire soupçonner. Par exemple, les douleurs lancinantes, la coloration d'un jaune-paille

de la peau pourront déceler le cancer central du cerveau, etc.

De la paralysie locale. — Cette paralysie fournit des signes bien plus certains que les précédents. Lorsqu'elle est bien prononcée, on peut être certain qu'il existe une lésion locale et circonscrite dans le cerveau. Cette altération réside, ainsi que le savaient déjà les anciens, dans l'hémisphère du cerveau opposé au côté paralysé. L'anatomie rend parfaitement compte de ce phénomène par l'entre-croisement des nerfs. Cette disposition anatomique a été surtout bien étudiée depuis les travaux de M. *Gall* sur le cerveau.

Lors donc que la paralysie occupe la moitié gauche du corps, l'altération qui l'occasione a son siége dans l'hémisphère droit, et réciproquement.

On en était resté là lorsque, pensant, ainsi que nous l'avons dit, que le bras et la jambe ne devaient pas être sous la direction d'une seule et même portion de l'encéphale, MM. *Foville* et *Pinel-Grandchamp*, élèves internes de la Salpêtrière, entreprirent de déterminer par des observations exactes quelle était la partie du cerveau qui tenait sous sa dépendance le membre thoracique, et quelle était celle qui communiquait le mouvement au membre pelvien. Ayant eu occasion d'observer un nombre assez considérable d'individus affectés, 1° d'hémiplégie, 2° de paralysie du bras, 3° de paralysie de la jambe, ils trouvèrent, 1° que, dans le

premier cas, la lésion de l'encéphale occupait le corps strié et la couche optique en même temps; 2° que, dans le second cas, la couche optique seule et ses irradiations étaient le siége de la lésion; 3° enfin que, dans le troisième cas, cette lésion occupait le corps strié et ses irradiations.

Dans un ouvrage fort estimable d'ailleurs on a prétendu que, lorsque la lésion existait dans le cerveau, la paralysie ne commençait jamais par le membre pelvien; c'est une erreur palpable, que l'observation a combattue d'une manière victorieuse.

La paraplégie, c'est-à-dire la paralysie des membres pelviens, les membres thoraciques restant parfaitement libres, ne peut dépendre que de l'altération des organes des mouvements situés au-dessous des vertèbres cervicales. C'est aussi presque constamment dans la moelle épinière qu'il faut chercher la cause de cette affection.

Dans la paralysie croisée, il existe deux altérations dans le cerveau; l'une occupe un hémisphère, et l'autre l'hémisphère opposé, avec cette différence que la région de l'hémisphère malade varie selon que la paralysie frappe le membre supérieur ou qu'elle atteint le membre inférieur.

La paralysie des sens doit nécessairement avoir son siége dans la portion du cerveau qui tient le sens sous sa dépendance, ou dans le nerf lui-même. Chaque sens devant avoir un centre particulier

d'après la loi posée plus haut, que deux choses différentes ne peuvent pas exister en même temps dans le même endroit, il s'ensuit que chaque paralysie des sens doit occuper un lieu différent. Mais il est si rare qu'un sens tout seul soit frappé de paralysie, que jusqu'ici on ne sait pas encore quelle est la portion de l'encéphale qui préside à chacun d'eux.

Lorsqu'un sens d'un côté est seul paralysé, la lésion est simple; s'ils le sont tous les deux, la lésion est double ou centrale; si un sens d'un côté et un autre sens du côté opposé sont malades, l'altération doit être double.

Quand la langue est paralysée (et il arrive fréquemment qu'elle l'est seule), l'altération qui donne lieu à la paralysie doit aussi avoir un siége particulier. Ce siége est encore inconnu. Cependant des observations récentes assez nombreuses, faites à la Salpêtrière sur des bègues, par M. *Foville*, sur des paralytiques dont la langue avait été principalement lésée, semblent faire croire que ce siége doit être la corne d'Ammon. Cette proposition a besoin d'être confirmée.

Mais le siége de la lésion qui produit la paralysie n'est pas toujours dans l'encéphale. La paralysie peut dépendre, en effet, de la compression d'un nerf par une tumeur développée sur son trajet, par son altération propre, par le défaut de circulation dans un membre, etc.

Il est ordinairement facile de reconnaître ces causes de paralysie.

Si elle a son siége aux extrémités inférieures, on pourra reconnaître la tumeur développée dans le petit bassin : on la reconnaîtra plus facilement, si elle existe au dehors sur le trajet des nerfs.

Si c'est le défaut de circulation, la couleur violacée, la froideur du membre, et surtout l'absence des pulsations dans ce membre, feront reconnaître les causes de la paralysie. La lésion des organes locomoteurs eux-mêmes, le tiraillement considérable des muscles, peuvent occasioner une espèce de paralysie.

Enfin, dans l'agonie de certaines maladies aiguës, et dans celle des maladies du cœur, on observe des hémiplégies qui ne doivent point être rapportées à une lésion profonde du cerveau, et qui tiennent sans doute à ce qu'une partie de ce viscère meurt avant les autres.

Telles sont les considérations que nous avons à exposer sur le siége et l'étendue de la paralysie ; mais elle diffère encore suivant quelques circonstances importantes.

De la paralysie considérée suivant sa marche. — La marche de la paralysie est brusque ou graduelle, progressive ou rétrograde ; elle est aiguë ou chronique, et ces circonstances font singulièrement varier le diagnostic.

Si la paralysie survient tout-à-coup sur un sujet

sain, elle annonce une lésion subite : or, il n'y a de lésion subite qu'une hémorrhagie cérébrale ou une forte congestion. On exclura toutes les maladies chroniques du cerveau, et même le ramollissement. On distinguera l'hémorrhagie de la congestion par les signes qui leur sont propres.

Si la paralysie est récente, mais qu'elle marche lentement et par degrés, on conclura qu'il existe une lésion dont les progrès sont lents et gradués, telle, par exemple, que le ramollissement.

Si la paralysie va toujours croissant jusqu'à la mort, on aura la presque certitude que c'est un ramollissement.

Si la paralysie rétrograde, elle doit appartenir à une lésion qui soit suceptible de guérison, et l'expérience prouve que l'épanchement et la congestion sont le plus susceptibles de ce mode de terminaison.

Lorsque la paralysie reste stationnaire, il est vraisemblable qu'il a existé un épanchement qui a détruit une portion du cerveau, que l'épanchement s'est résorbé, mais que la portion cérébrale détruite n'a pu être remplacée.

La marche de la paralysie est-elle aiguë, elle indique ou une méningite, ou une congestion, ou un épanchement, ou un ramollissement. Nous savons maintenant comment on distingue ces affections.

Est-elle chronique, elle annonce un cancer du

cerveau, un tubercule, un fongus de la dure-mère, un acéphalocyste, une tumeur osseuse, etc. Il est quelques signes qui peuvent faire reconnaître ces maladies.

Durée de la paralysie. — Nous pouvons appliquer à la durée de la paralysie ce que nous venons de dire de sa marche aiguë ou chronique. Si cette durée est courte, la maladie appartiendra à la première classe; elle devra être rapportée à la deuxième, si cette durée est longue, après deux ou trois mois environ.

Nous ne devons pas omettre de dire que certaines causes de paralysie doivent faire varier le diagnostic. Ainsi, lorsqu'elle est due à des émanations métalliques, bien que la lésion doive exister dans les organes de l'innervation, les recherches faites jusqu'à ce jour n'ont pu faire reconnaître cette lésion, et l'on est forcé de se retrancher dans un doute philosophique.

De tout ce qui précède, on doit conclure :

1° Que la paralysie n'est point une maladie spéciale, mais bien un signe de maladies;

2° Qu'on peut, avec de l'attention et du raisonnement, parvenir à reconnaître la nature, le siége et l'étendue de la lésion de laquelle elle dépend;

3° Que, puisqu'elle n'est qu'un symptôme, son pronostic découle nécessairement du diagnostic: il varie suivant la nature de la maladie;

4° Enfin que le traitement doit être fondé sur la

nature de la lésion qui l'occasione, et varier selon cette lésion, à moins que l'on ne prétende, comme on l'a fait, que toutes les maladies doivent être traitées de la même manière.

On observe encore dans les mouvements des phénomènes dignes d'intérêt, et tous indiquent des altérations de l'encéphale ou de ses dépendances.

C'est ainsi que la roideur, la contracture des membres indiquent un ramollissement cérébral primitif ou consécutif; cette roideur, cette contracture peuvent présenter d'ailleurs des caractères séméiotiques analogues à la paralysie, relativement à leur siége, à leur mode de développement, etc. La crampe est ordinairement un phénomène passager, mais il n'en atteste pas moins une modification de la portion du cerveau qui préside aux mouvements. Nous en dirons autant des soubresauts des tendons et de la carphologie qui caractérisent les maladies dites ataxiques, et que nous croyons annoncer une altération dans l'encéphale.

Pour ce qui concerne les convulsions, elles peuvent être aiguës ou chroniques, offrir les mêmes variétés de siége que la paralysie, indiquer des maladies analogues.

Lorsqu'elles sont générales et chroniques, elles constituent l'hystérie et l'épilepsie, maladie du cerveau et de ses dépendances dont le siége est sans contredit dans la portion qui préside aux mouvements, mais dont l'altération organique n'a pas

été jusques ici exactement appréciée. MM. Bouchet et Cazauvieilh ont tenté des efforts dignes d'éloges pour en déterminer la nature; mais leurs assertions nous paraissent mériter un examen ultérieur.

Les convulsions aiguës et locales se montrent ordinairement dans le ramollissement du cerveau; lorsqu'elles sont locales et chroniques, elles appartiennent le plus ordinairement au cancer de ce viscère. Les convulsions sont ou cloniques ou toniques, mais dans les maladies dont nous parlons elles offrent le plus ordinairement ce dernier caractère.

Quoique l'expérience n'ait pas encore fixé d'une manière précise quelle est la lésion qui occasione le tétanos et ses diverses espèces, il n'est pas permis de douter qu'il ne soit le résultat d'une altération aiguë des organes de l'innervation. J'ai le plus grand penchant à croire qu'il est le résultat de l'inflammation du cerveau et de la moelle épinière surtout, ainsi qu'on l'a avancé récemment.

Les altérations de l'encéphale qui produisent la catalepsie et la danse de Saint-Guy ne nous sont point encore connues. Sans doute, ainsi que celles qui produisent l'hystérie et l'épilepsie, elles sont générales, c'est-à-dire qu'elles occupent toute la portion encéphalique qui préside aux mouvements, ce qui est incontestablement un obstacle presque invincible à ce qu'on puisse facilement découvrir, apprécier leur nature, puisqu'il est alors impos-

sible d'avoir un point de comparaison dans l'organe malade. Si l'on remarque d'ailleurs qu'elles sont aussi fugitives que les mouvements volontaires, on aura quelque raison de croire que la modification cérébrale qui les produit peut aussi être fugace, instantanée.

§ III. Des phénomènes morbides des appareils de la voix et de la parole, considérés comme signes diagnostiques.

Les altérations de la voix et de la parole dépendent immédiatement des organes à qui elles sont confiées ou de ceux qui les commandent (l'encéphale), ou enfin médiatement d'organes qui exercent sur ceux-ci une influence plus ou moins marquée.

La voix est plus forte dans certains délires aigus et chroniques, dans lesquels les malades poussent des cris violents ; mais excepté ces cas particuliers la voix devient presque toujours faible dans les maladies.

Il est des circonstances qu'on peut regarder comme physiologiques, qui rendent la voix faible ; ces causes sont presque toutes de nature à empêcher l'abaissement du diaphragme, et l'ampliation de la poitrine, telles qu'un repas trop copieux, un embonpoint excessif, etc.

La faiblesse de la voix survenant dans les maladies aiguës est un indice de la chute des forces ou de leur concentration. On a prétendu que la

faiblesse de la voix était un signe de dysenterie ; je crois que cette observation n'est pas fondée : des évacuations excessives occasionent une grande faiblesse, les organes vocaux doivent nécessairement s'en ressentir ; mais ce n'est point un caractère spécial de cette maladie. Dans quelques pneumonies, les malades peuvent à peine se faire entendre.

L'épuisement occasioné par la longueur d'une maladie, par les traitements employés, par la diète long-temps soutenue, cause la même faiblesse.

La voix peut être faible dans les maladies spasmodiques et dans le frisson fébrile.

Indépendamment de sa force ou de sa faiblesse, la voix subit encore des modifications dans ses tons. Il n'est pas rare que de grave elle devienne aiguë ; c'est ce qui a lieu dans les maladies convulsives, dans quelques affections aiguës du cerveau, etc. On distingue que ces altérations sont simplement spasmodiques, lorsqu'elles sont exemptes de phénomènes de réaction. Dans le tétanos la voix est haute et sifflante, même avant qu'il n'existe aucune contraction. Un cri perçant annonce quelquefois l'épilepsie. Dans l'hystérie les malades passent souvent d'un ton grave à un ton très élevé.

La voix change manifestement dans les maladies des organes où elle se forme ; elle devient nasonnée dans le polype des fosses nasales ou de

l'arrière-bouche, dans la destruction de la voûte et du voile du palais. Elle s'altère aussi dans l'angine tonsillaire, et principalement dans le croup. Elle devient alors aiguë et glapissante. On l'a comparée au cri d'un jeune coq ou au bruit qu'on produirait en parlant dans un tube d'airain. Dans l'angine laryngée trachéale elle devient aiguë et sifflante.

Quelques circonstances qu'on pourrait rigoureusement aussi considérer comme physiologiques produisent la raucité de la voix. Dans l'état pathologique, cet enrouement accompagne la plupart des affections dont nous venons de parler. Un enrouement habituel doit faire craindre une altération dans les organes de la voix. L'hydrophobie produit sur la voix une modification remarquable. Les malades poussent quelquefois des cris qu'on a comparés à ceux des loups ou des chiens. La voix devient rauque dans la syphilis, dans la première période, lorsque les parties sont simplement gonflées, ou dans la seconde, lorsqu'elles sont ulcérées.

Comme on ne sait point encore bien aujourd'hui, malgré les travaux récents, à quoi s'en tenir sur la lèpre, nous ne savons quel degré de créance il faut accorder à l'enrouement que cette maladie occasione.

Dans l'engorgement scrofuleux ou autre des glandes du cou, les organes vocaux étant comprimés et gênés dans leurs mouvements, on conçoit

que la voix doit en être altérée; elle peut devenir rauque, basse, faible, aiguë, et même s'éteindre complètement.

Dans la phthisie pulmonaire on observe les mêmes variations : les gens du monde ont remarqué cependant qu'il arrivait quelquefois que les phthisiques avaient une voix beaucoup plus étendue et beaucoup plus sonore que ne comporte leur apparence. Ne pourrait-on pas rendre raison de ce phénomène par la présence des cavités vides qui se sont formées dans le poumon? Quoi qu'il en soit, néanmoins, lorsque ces cavités s'étendent, lorsque le poumon se détruit de plus en plus, la voix s'affaiblit et s'éteint.

Ces changements sont encore plus manifestes dans la phthisie laryngée: l'aphonie est même un des principaux caractères de cette dernière maladie.

La perte de la voix ne dépend pas toujours, ainsi que ses autres altérations, des maladies des organes qui la produisent. Dans les maladies aiguës du cerveau on observe parfois l'aphonie. Ce phénomène se rencontre aussi dans les maladies chroniques des organes de l'innervation, dans la catalepsie, l'hystérie et l'épilepsie. L'aphonie peut être continue ou intermittente. J'ai eu occasion de voir un fait assez remarquable d'aphonie périodique chez une hystérique.

La nommée Malherbe, durant les orages de la

révolution, fut frappée, étant dans ses règles, du spectacle horrible d'une tête sanglante portée sur une pique; aussitôt ses règles se suppriment, elle perd connaissance, ou plutôt l'usage de la voix et de la parole, sans mouvements convulsifs. Depuis lors, à toutes les époques menstruelles, Malherbe éprouvait les mêmes accidents. Lorsqu'on lui demandait où elle avait mal, sa figure prenait une expression douloureuse, rougissait; ses yeux se convulsaient en arrière; elle faisait des efforts violents pour parler, mais ne pouvait proférer une seule parole; elle indiquait avec la main l'épigastre comme le siége d'une affreuse douleur. On peut remarquer ici que la perte de la voix a été causée par la frayeur.

Dans les hémorrhagies cérébrales, et dans les paralysies qui en sont la suite, surtout celles du larynx, il y a souvent perte de la voix.

Dans les maladies cérébrales aiguës, ou dans les maladies éloignées qui réagissent sur le cerveau, la voix est souvent tremblante, ce signe annonce un profond affaiblissement, précède ou accompagne le délire, qui n'est lui-même qu'un signe d'affection du cerveau.

La parole offre aussi quelques changements assez dignes d'attention. Le bégaiement survient dans les maladies du cerveau. Il est rare que le bégaiement qu'on peut appeler morbide soit l'effet d'une altération idiopathique des organes de la

parole ; mais il se montre dans la congestion cérébrale, dans l'hémorrhagie, le ramollissement du cerveau ; dans l'arachnitis, lorsque la substance cérébrale se prend ; dans les maladies chroniques et locales de l'encéphale, telles que les tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, fongueuses, osseuses, etc. Cependant on l'observe quelquefois dans la glossite et l'esquinancie ; ainsi que dans le frisson des fièvres intermittentes, et dans celui de l'invasion de la plupart des maladies aiguës.

La parole est souvent prompte, brusque, facile. Ce phénomène annonce presque toujours une surexcitation cérébrale, primitive ou consécutive.

Dans les maladies du cerveau, et principalement dans le ramollissement, la parole est lente, les réponses se font long-temps attendre.

La parole se perd aussi d'une manière complète, d'abord dans les maladies qui détruisent les organes qui la produisent, et dans celles qui paralysent leur action. Les passions violentes peuvent suspendre la parole et surtout la frayeur. Beaucoup de maladies nerveuses produisent le même effet ; elle se perd en un mot à peu près dans les mêmes circonstances, et par les mêmes causes que la voix. On a vu les affections vermineuses déterminer la perte de l'une et de l'autre.

Le narcotisme, l'ivresse produisent tous les phénomènes dont nous venons de parler, sans doute

à cause de leur action directe sur le centre nerveux.

Lorsqu'on applique l'ouïe médiatement ou immédiatement à l'exploration de la voix et de la parole on obtient divers phénomènes dont nous avons donné la définition, et dont le plus important est la pectoriloquie. On peut se faire une idée parfaite de la pectoriloquie, en appliquant le stéthoscope sur la trachée-artère d'un homme sain qui parle, qui chante, ou qui tousse. Lorsqu'il y a dans le poumon une cavité vide, et voisine des parois thoraciques, on perçoit le même phénomène. Les points de la poitrine où l'on sent le plus souvent la pectoriloquie, sont sa partie antérieure et supérieure, l'aisselle, l'espace compris entre la clavicule et le muscle trapèze, les fosses sus-épineuses et sous-épineuses de l'omoplate. L'épaisseur de l'omoplate et de ses muscles ne nuit pas à la perception de la pectoriloquie.

La pectoriloquie est parfaite, lorsque la voix monte directement par le tube jusqu'à l'oreille appliquée à l'extrémité de ce tube. Elle indique une cavité communiquant avec les bronches. M. Laennec prétendit d'abord que ce signe était certain; en effet, il l'est dans la majorité des cas; mais les recherches que nous avons faites à cet égard nous ont prouvé qu'il n'en était pas toujours ainsi; et des sujets sont morts évidemment pectoriloques sans qu'on ait trouvé de cavité chez

eux. Cela m'est encore arrivé récemment. Une jeune femme, entrée dans mes salles depuis plusieurs années, présentait tous les signes de la phthisie, seulement elle était stationnaire; elle présentait la pectoriloquie la plus évidente des deux côtés de la poitrine, à la partie supérieure et antérieure; elle est morte cet été à la suite d'hémoptysies abondantes. Il n'existait pas la plus légère cavité; il n'y avait même pas de tubercules. Le poumon gauche était rouge vermeil, non crépitant, et cependant point hépatisé; le cœur pulmonaire était dilaté, etc.

Depuis la publication de son ouvrage, l'auteur a rencontré des faits de ce genre; il attribue dans ces cas la pectoriloquie à une autre cause. Il pense qu'alors le tissu du poumon, devenu plus dense, est aussi plus capable de transmettre le son que l'air produit en traversant les rameaux bronchiques. Nous avions donc raison de dire, il y a sept ans, que ce signe était quelquefois infidèle.

La pectoriloquie manque assez souvent lorsque les parois des cavités sont flasques et molles, et peuvent se rapprocher dans l'expiration. Elle manque aussi lorsque des matières muqueuses ou purulentes remplissent les cavités ou les tuyaux bronchiques qui s'y abouchent.

La pectoriloquie est d'autant plus évidente que la voix est plus aiguë. Lorsque la voix est grave, elle masque la pectoriloquie, le malade semble par-

ler à travers un porte-voix. L'aphonie n'empêche pas la pectoriloquie de se faire entendre. Dans les grandes excavations l'on n'entend qu'un son très grave ; dans les cavernes très petites, la pectoriloquie est souvent douteuse, surtout lorsqu'elles sont placées au centre du poumon, dont le tissu mou ne permet pas la transmission du son. La pectoriloquie est surtout parfaite, lorsque la cavité est moyenne, superficielle, que les parois en sont denses, élastiques, tapissées d'une espèce de fibro-cartilage, et qu'elles adhèrent aux parois thoraciques. La communication entre elles d'un grand nombre de cavités, rend la voix étouffée et confuse.

On entend naturellement la pectoriloquie douteuse entre les épaules des personnes maigres ; elle est ordinairement une présomption de l'existence d'une excavation profonde, ou en partie remplie d'une matière tuberculeuse ; mais il faut l'entendre d'un seul côté ; elle n'a plus de valeur si elle se manifeste de deux côtés à la fois.

La pectoriloquie imparfaite ne peut que faire soupçonner l'existence de quelque cavité ; il faut, comme la précédente, qu'elle n'existe que d'un côté.

La pectoriloquie parfaite peut être continue ou intermittente. Celle-ci indique que les cavités communiquent avec de petits tuyaux bronchiques, souvent obstrués par des crachats. Il faut donc examiner plusieurs fois les malades, qui peuvent

être pectoriloques dans un moment, et point dans un autre. La pectoriloquie est plus ou moins nette ; elle est quelquefois accompagnée d'une espèce de souffle qui pénètre avec la voix dans le tube ; d'autres fois, d'une espèce de gargouillement, ce qui indique qu'il existe une certaine quantité de liquide dans les cavités. Lorsque cette matière vient à être expectorée, la pectoriloquie devient plus sensible.

Ce signe est en général caractéristique de la phthisie pulmonaire ; il se manifeste souvent avant tout autre. Mais il faut dire aussi que les excavations annonçant un degré très avancé de la phthisie, c'est attendre bien tard pour reconnaître cette maladie. Nous pensons que cette connaissance doit s'acquérir beaucoup plus tôt.

La pectoriloquie est aussi un signe de la dilatation des rameaux bronchiques.

L'égophonie ou pectoriloquie chevrotante peut s'entendre dans toute l'étendue de la poitrine, dans les deux côtés ou dans l'un seulement. Elle est ordinairement bornée à la colonne vertébrale, au côté externe, interne, et au bord inférieur de l'omoplate. Quelques sujets présentent ce phénomène dans l'état naturel, mais alors il existe des deux côtés. Cette espèce de tremblement de la voix suit ou accompagne la parole ; il la suit lorsque le malade parle par monosyllabe. Pour bien l'entendre, il faut appliquer fortement le cylindre sur la poi-

trine du malade et l'oreille légèrement sur le cylindre. L'égophonie est le résultat de l'agitation de la surface d'un liquide contenu dans le thorax par les vibrations que détermine la voix; il indique donc l'existence d'un épanchement dans la poitrine. Telle était au moins l'opinion de M. Laennec, qui ajoutait qu'un épanchement trop considérable ne permettait plus de l'entendre, et qu'un épanchement trop faible ne le permettait pas encore. Il donnait ce signe comme caractéristique d'une pleurésie aiguë ou chronique avec un médiocre épanchement dans la cavité des plèvres. Il prétendait de plus que ce phénomène augmentait avec l'épanchement et diminuait avec lui, et qu'ainsi il pouvait annoncer la résolution ou l'augmentation de la maladie; qu'ayant toujours lieu au niveau du liquide, il pouvait servir à en déterminer la hauteur.

L'observation m'ayant prouvé qu'il n'existait aucun épanchement dans les premiers jours d'une pleurésie, les membranes séreuses étant alors sèches comme toutes les autres, j'objectai que je ne croyais pas à la certitude de ce signe. On va voir par l'aveu même de M. Laennec ou du moins d'un de ses élèves que cette objection n'était pas sans fondement.

« Ce phénomène peut-il s'expliquer par le frémissement de la voix à la surface du liquide, » *comme le pensait autrefois M. Laennec?* ou est-il

» dû à l'aplatissement des bronches, comme il » l'enseigne aujourd'hui?

» Une femme présenta l'égophonie à un haut » degré vers la racine de l'un et de l'autre poumon » tour à tour; elle mourut. *On ne trouva point de » liquide épanché; l'aplatissement des bronches n'é- » tait pas bien évident.*

» Une autre succomba après de longues souffran- » ces. Depuis près de trois ans, elle était pectorilo- » que dans tout le sommet du poumon, et égo- » phone à la racine de l'organe dans un espace » très circonscrit. *Il n'y avait pas d'épanchement,* » et, quoique enveloppées par un tissu cellulaire as- » sez dense, *les bronches ne me parurent pas altérées » dans leur forme* (1). »

Que faut-il conclure de ce qui précède? Que ce signe est encore douteux, et qu'il faut attendre que de nouvelles observations en aient fixé la valeur.

Au tintement métallique que nous avons décrit, et qui annonce une cavité du poumon à moitié remplie de liquide et d'air, et communiquant ou non avec les bronches, ou qui décèle un épanchement d'air et de liquide dans les cavités des plèvres, on a ajouté la respiration et la résonnance métalliques.

La respiration métallique ressemble au bruit

(1) M. Collin, thèse citée.

qu'on produirait en soufflant dans un vase de métal à ouverture étroite. Ce phénomène est le signe d'une communication des bronches avec la cavité pleurétique, laquelle contient alors une certaine quantité d'air. Il paraît produit par le passage de ce fluide dans le trajet fistuleux.

La résonnance métallique, qui ressemble à la voix d'un individu parlant dans une citerne, indique la même altération.

Ces phénomènes sont rarement continus ; la plupart du temps ils ne se montrent qu'à certains intervalles, ce qui paraît en général dépendre de l'obstruction des conduits.

§ IV. Des phénomènes morbides des appareils sensitifs, considérés comme signes diagnostiques.

Les recherches de MM. Magendie, Charles Bell, ont prouvé que des nerfs différents étaient dévolus les uns à la volonté et les autres à la sensibilité. M. Foville, qui, jeune encore, s'est distingué dans la science, a pensé que ces deux espèces de nerfs pourraient bien n'avoir de différence que celle que présentent les artères et les veines, c'est-à-dire que, destinés à transmettre le même agent, les uns étaient efférents (en supposant le point de départ dans le cerveau), et les autres étaient afférents. Les premiers étaient consacrés aux mouvements, à la volonté; les autres au sentiment, à la sensibilité. Une dissection attentive lui ayant prou-

vé que ces derniers avaient avec le cervelet des connexions immédiates, lui avait fait penser que cet organe était le centre de la sensibilité, et conséquemment que ses altérations devaient avoir pour signes l'altération de cette même sensibilité *et vice versâ*, c'est-à-dire que lorsque la sensibilité était manifestement lésée, on devait présumer que le cervelet n'était pas dans son état physiologique. Nous exposons ici ces considérations ingénieuses parcequ'elles nous paraissent dignes d'attention : cependant nous croyons qu'elles ne sont point encore établies sur des considérations suffisantes.

Quoi qu'il en soit, nous savons que la sensibilité générale peut être exaltée dans quelques maladies. Elle l'est dans les maladies de la peau, et principalement dans les éruptions aiguës; elle l'est dans quelques phlegmasies cérébrales, et dans la plupart des maladies nerveuses chroniques, telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie.

La sensibilité générale est diminuée dans les typhus, dans toutes les affections du cerveau avec compression, telle que l'hémorrhagie cérébrale, le coup de sang, le ramollissement, et dans les maladies chroniques avec épanchement consécutif de sérosité. Il faut cependant dire que cette diminution de sensibilité n'est pas constante.

Cette diminution peut être générale ou locale; dans le premier cas, elle ne peut indiquer qu'une

lésion générale ou centrale du cerveau; dans le second, elle indique une altération locale, et cette altération a le même siége que celles qui produisent la paralysie. Cette diminution de sensibilité peut aussi dépendre de la lésion du nerf chargé de la transmettre.

Le sentiment peut être complètement aboli, d'une manière générale ou locale. Dans le premier cas, ce signe indique une lésion profonde du principal organe du sentiment. Dans le second, il peut dépendre de la destruction d'un nerf, etc. En général les considérations auxquelles nous nous sommes livré sur les mouvements peuvent s'étendre à la sensibilité.

L'abolition de la sensibilité peut exister indépendamment de celle de la motilité et réciproquement.

La perversion de cette fonction, qui constitue la douleur, est un des phénomènes morbides les plus intéressants qui puissent s'offrir à notre méditation. Compagne inséparable de la plupart des maladies, c'est la douleur qui, la première, éveille notre attention sur leur existence, c'est elle qui nous indique quel est l'organe souffrant; elle nous le montre, elle nous le fait toucher; sentinelle vigilante, elle avertit le malade du danger qu'il court et lui commande impérieusement de veiller à sa conservation. Elle revêt dans chaque maladie un caractère particulier qui sert encore à nous en faire distinguer l'espèce.

Lorsque la douleur n'existe pas dans une maladie, il arrive bien souvent que les autres signes qui appartiennent à cette maladie ne se manifestent point; il est alors difficile de la reconnaître. Cependant un médecin attentif ne doit pas commettre d'erreur, même dans ce cas. Il est aujourd'hui peu de maladies véritablement latentes. Ce sont des faits exceptionnels extrêmement rares, et qu'on doit regarder comme des vices d'observation plutôt que comme des anomalies de la nature.

Nous allons exposer les signes principaux fournis par la perversion de la sensibilité.

La douleur tensive existe dans l'éruption de la variole, dans l'inflammation des membranes muqueuses, dans la formation des abcès.

Le poids des viscères enflammés, les tumeurs intérieures, les épanchements de toute espèce produisent la douleur gravative, ainsi que les phlegmasies des organes parenchymateux. Ces douleurs, lorsqu'elles occupent les lombes, précèdent les hémorrhagies utérines et les hémorrhoïdes.

La douleur pulsative des tempes dénote une congestion vers la tête, et survient dans toutes les maladies très aiguës; elle annonce en général la terminaison des inflammations par suppuration.

La pustule maligne, le charbon, les érysipèles gangréneux, les boutons pestilentiels occasionent la douleur brûlante. Cette espèce de douleur annonce en général une violente irritation.

Une foule d'érythèmes, la rougeole, produisent la démangeaison; le zona, une douleur âcre et mordicante. L'ictère est souvent précédé ou suivi de démangeaison. La douleur lancinante est ordinairement le signe d'une affection cancéreuse.

La douleur quelle qu'elle soit est fixe ou mobile, continue ou intermittente. Elle est rarement continue au même degré; et en général plus elle est vive et moins elle est durable. Certaines céphalalgies, les rhumatismes, sont périodiques. Les douleurs rhumatismales augmentent par le froid, les douleurs vénériennes par la chaleur du lit, etc.

Dans certaines maladies, telles que la goutte et le rhumatisme, les douleurs occupent tour à tour diverses régions du corps.

Ces douleurs vagues qui se déplacent annoncent qu'il n'y a point d'organe essentiel affecté.

Lorsque la douleur est très violente on doit penser que l'altération de l'organe est très profonde: si c'est une inflammation, cette inflammation doit être très intense; la violence de la douleur est en général en rapport avec celle de la maladie.

Si de la nature de la douleur nous arrêtons notre attention sur son siége, nous voyons que cette circonstance nous fournit les signes diagnostiques les plus nombreux et les plus positifs. Le siége de la douleur annonce en général que la maladie occupe l'organe qui souffre. Cette vérité, presque triviale au premier abord, n'est cependant pas sans

exception. Il arrive quelquefois, en effet, que la douleur ressentie dans un organe n'y est déterminée que par la maladie d'un organe éloigné: dans la luxation spontanée du fémur, les malades ressentent une vive douleur au genou. Ainsi la douleur peut être primitive ou consécutive. Mais lorsqu'un organe souffre, il faut d'abord chercher dans cet organe la lésion qui cause la douleur. Si vous ne trouvez rien dans cet organe, il faut examiner ceux qui exercent sur lui une influence plus ou moins prononcée.

La douleur de tête peut être purement nerveuse, c'est une *névropathie*. Telle est la migraine et une multitude de céphalalgies, qu'on ne peut raisonnablement attribuer à aucune lésion appréciable. La douleur de tête se montre dans la congestion cérébrale primitive ou consécutive; aussi accompagne-t-elle l'invasion de presque toutes les maladies aiguës hypersthéniques, les phlegmasies, les hémorrhagies nasales, les coryzas, les délires, les convulsions, etc.

La céphalalgie s'observe dans la plupart des maladies du cerveau: elle est générale dans la congestion, la méningite; elle est locale, fixe, continue dans le ramollissement; elle est aussi locale mais lancinante dans le cancer du cerveau. Cette douleur locale et fixe, lorsqu'elle existe depuis un certain temps, et qu'elle est accompagnée d'autres signes tels que l'engourdissement, le fourmillement

d'un membre, etc., est un des plus sûrs indices d'une affection locale du cerveau autre que l'hémorrhagie cérébrale.

L'otalgie peut arriver dans l'otite interne et externe, dans les maladies des os de l'oreille, et dans celles qui attaquent une portion correspondante de l'encéphale.

Les douleurs à la nuque accompagnées du cortége des phénomènes des congestions cérébrales annoncent les hémorrhagies ou le délire, c'est-à-dire les phlegmasies du cerveau ou des méninges.

Les phthisiques au premier degré, et même aux autres périodes de leur maladie, ressentent des douleurs dans le dos et dans les épaules. On observe aussi des douleurs dans le dos dans la maladie vertébrale de Pott.

Les douleurs des mamelles peuvent être le signe d'une ménorrhagie imminente, de l'approche des règles, de la grossesse: dans ces circonstances les organes se gonflent et deviennent douloureux.

Les douleurs qui occupent la partie antérieure et moyenne de la poitrine peuvent appartenir aux maladies du sternum ou des organes sous-jacents. Si elles sont fixes et superficielles, qu'elles augmentent la nuit, elles pourront être syphilitiques. Si elles sont accompagnées des symptômes du catarrhe, elles occuperont les bronches, etc.

La douleur du côté du thorax, superficielle, peut

être le résultat d'une phlegmasie de la peau, alors on reconnaît l'éruption ; moins superficielle, augmentant par la pression, par le mouvement du bras et par une forte inspiration, elle a son siége dans les muscles, c'est une pleurodynie ; plus profonde, lancinante, augmentant par l'inspiration, peu par la pression, à moins qu'on ne l'exerce entre les côtes, accompagnée de toux sans expectoration, etc., elle est produite par l'inflammation de la plèvre ; plus profonde encore, gravative, n'augmentant nullement par la pression, elle est due à une pneumonie ; enfin moins vive, plus générale, elle est occasionée par un catarrhe.

La douleur épigastrique accompagne la plupart des maladies de l'estomac, mais surtout la gastrite ; il peut y avoir cependant des cardialgies qui ne soient pas inflammatoires. Ces douleurs comme les autres peuvent être occasionées par la maladie d'un organe éloigné, etc. Pour que la douleur à l'épigastre caractérise la gastrite, il est nécessaire qu'elle persiste un certain temps, quelle soit accompagnée de quelques phénomènes de réaction, de quelques signes locaux de gastrite, ou du moins qu'il n'existe aucune maladie éloignée qui puisse produire les phénomènes observés. Nous admettons néanmoins qu'il peut y avoir des gastrites chroniques et des gastrites latentes, et que la gastrite peut exister concurremment avec d'autres maladies.

Dans la péritonite la douleur du ventre est très vive, très superficielle, augmente par la moindre pression; elle est plus sourde, plus profonde dans l'entérite, à moins que l'inflammation ne soit très intense. S'il n'y a pas eu une cause particulière, telle que l'accouchement ou un coup reçu sur le ventre, il est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible de distinguer s'il existe une péritonite ou une entérite: heureusement que le traitement est à peu près le même.

Les coliques ne sont pas toutes inflammatoires: les vers, les gaz intestinaux, les matières fécales accumulées, les hernies, les invaginations, la colique de plomb, et quelques névroses occasionent des douleurs d'entrailles plus ou moins violentes.

Les douleurs lombaires sont rhumatismales, ou appartiennent à la carie des vertèbres; elles annoncent les hémorrhagies par le rectum, par la matrice, les phlegmasies ainsi que les cancers de ces viscères et des parties voisines.

La cystite donne lieu à une douleur hypogastrique plus ou moins vive; les calculs et autres affections de la vessie produisent le même effet.

La cessation complète et brusque d'une vive douleur doit faire redouter la gangrène de l'organe malade.

Pour bien juger de la nature et de l'intensité de la douleur, il faut avoir égard à l'âge, à la constitution plus ou moins irritable, et surtout au carac-

tère du sujet. Tel exagère ses maux, tel autre les dissimule. Il faut aussi avoir égard à la nature de la maladie, à sa violence, à son degré, aux causes qui l'ont produite, enfin à tous les phénomènes accessoires.

— Les altérations que nous remarquons dans les fonctions sensoriales peuvent dépendre de lésions des instruments des sens eux-mêmes; des nerfs qui sont chargés de transmettre l'impression; de la partie du cerveau qui perçoit cette impression; de la maladie d'un organe plus ou moins éloigné qui exerce sur ces parties une influence quelconque.

Il n'est pas toujours facile de distinguer à laquelle de ces causes appartient le phénomène qu'on observe : on peut dire cependant qu'il dépend de l'organe lui-même, lorsqu'avec les signes qui caractérisent les maladies des sens, il n'en existe aucun de ceux qui appartiennent aux autres affections : par exemple, dans l'exaltation de la vue, lorsqu'il existe une ophthalmie sans phénomènes cérébraux. On présumera que cette exaltation est due à une maladie du cerveau, au contraire, lorsque l'œil paraîtra dans son intégrité, et qu'il existera du délire et autres signes d'excitation de l'encéphale, etc.

Dans les inflammations du cerveau et des méninges, dans les congestions cérébrales, dans la plupart des phlegmasies intenses, soit de la peau, soit autres, les malades ont de la peine à suppor-

ter la lumière; il en est de même dans l'inflammation des diverses parties constituantes des yeux, l'hypochondrie, l'hystérie, la manie; enfin, dans toutes les circonstances où le système de l'innervation paraît être dans un état d'exaltation, l'impression de la lumière est souvent intolérable.

Les objets paraissent quelquefois, dit-on, colorés en rouge dans les phlegmasies des méninges ou du cerveau, dans les congestions cérébrales, dans la pléthore, enfin dans toutes les maladies inflammatoires. Les malades croient voir des feux, des bluettes, des étincelles. J'ai quelque raison de douter de cette prétendue coloration des objets en rouge dans ces maladies; à supposer que la partie colorante du sang se répandît dans les diverses parties de l'œil, ou dans le centre de perception, je doute que le malade, privé de point de comparaison, crût voir les objets ainsi colorés. Je me suis souvent assuré que dans les ictères les plus intenses, les objets ne paraissaient jamais jaunes.

Les mouches, les toiles d'araignées, les brouillards, les nuages et autres corps qui voltigent devant les yeux, annoncent la plupart des maladies de ces organes, et surtout l'amaurose et la cataracte; on les observe aussi dans les maladies aiguës du cerveau.

La perversion de la vue est un des signes des diverses névroses générales.

La vue s'affaiblit dans les maladies accompa-

gnées d'un grand épuisement, dans celles de long cours, et quelquefois aussi dans les maladies aiguës.

La cécité qu'on remarque dans certaines affections aiguës indique presque toujours une altération du cerveau. La perte de la vue suit quelques ophthalmies syphilitiques et l'abus du mercure, etc.

Des altérations analogues dans l'ouïe, et même dans les autres sens, se rencontrent dans les mêmes circonstances. Ainsi dans les inflammations de l'encéphale et de ses enveloppes, dans la congestion de cet organe, dans la pléthore, dans toutes les phlegmasies intenses, etc., le moindre bruit est insoutenable. Les malades éprouvent des tintements d'oreille, des battements, des bourdonnements, des bruits de vents, de cloches, etc.; il en est de même dans l'hypochondrie, l'hystérie, la manie, l'épilepsie, etc. Ces phénomènes annoncent souvent un travail local dans le cerveau, et précèdent le ramollissement de cet organe.

Ce qu'il y a de singulier, c'est que la même exaltation et la même perversion de l'ouïe se rencontrent aussi dans l'anémie.

La surdité a beaucoup fixé l'attention des médecins. Celle qui a lieu dans les maladies aiguës nous paraît tenir constamment à un travail de l'encéphale; elle peut être due aussi à une maladie de l'organe lui-même, telle que l'oblitération de la

trompe d'Eustachi dans les coryzas et les angines, ou à la réplétion du conduit auriculaire par le cérumen, enfin à toute autre cause agissant directement sur l'oreille elle-même.

L'odorat est exalté, diminué, perverti et aboli par des causes semblables ; ce qu'il offre cependant de particulier, c'est qu'il diminue dans les inflammations de la pituitaire, tandis que les autres sens s'exaltent dans les phlegmasies des membranes qui entrent dans leur composition. Dans certaines affections, des odeurs agréables ou désagréables, qui n'existent pas, frappent les malades. C'est en général un signe de délire, ou le signe d'une altération du sens lui-même.

La sécheresse de la membrane pituitaire, son épaississement, le polype des fosses nasales, l'ozène, une altération du nerf olfactif, diminuent ou détruisent l'odorat.

Dans les maladies nerveuses, le goût présente quelques anomalies, des saveurs désagréables paraissent délicieuses, *et vice versâ*.

La plupart des affections gastriques aiguës ou chroniques pervertissent le sens du goût. Les malades croient percevoir une saveur acide, douce, fade, salée, amère, hydrosulfureuse, dans les irritations gastriques, dans le cancer de l'estomac, etc. l'hémoptysie et le crachement du pus sont quelquefois précédés d'une saveur douceâtre.

Le goût d'œufs pourris s'observe non seulement

dans le cancer de l'estomac, mais même dans le scorbut, dans quelques phlegmasies graves du canal alimentaire. Au reste le goût s'affaiblit et même se perd dans la plupart des maladies, mais surtout dans les maladies aiguës.

Les changements que la maladie détermine dans le sens du toucher peuvent se rapporter à ceux que nous avons exposés en parlant de la sensibilité générale. Dans quelques affections du cerveau, les malades croient apercevoir dans les corps des qualités qu'ils n'ont pas ; ils méconnaissent celles dont ils sont vraiment doués. C'est encore une espèce d'hallucination, de délire. Au reste, sa diminution, son abolition et son exaltation se rencontrent dans des cas analogues à ceux que nous venons d'exposer, et qu'il serait fastidieux de répéter encore.

§ V. Des phénomènes morbides que présentent les affections morales, considérés comme signes diagnostiques.

Toutes les maladies modifient plus ou moins le caractère, ce qui doit faire conclure que ces phénomènes sont bien plus souvent sympathiques qu'idiopathiques d'une altération cérébrale. Les changements qu'elles impriment ne doivent pas échapper à l'observation du médecin attentif, mais ils ne servent guère que comme signes pronostiques.

Les maladies aiguës, mais plus souvent les mala-

dies chroniques, inspirent la tristesse. Lorsqu'elle est portée à l'excès et qu'elle n'est pas en rapport avec la position réelle du malade, elle constitue la mélancolie. Une gaieté excessive ainsi qu'une morne tristesse sont des phénomènes de délire, et n'ont aucune valeur par eux-mêmes.

Les malades exagèrent souvent leurs douleurs et leurs maux, ce qui est le signe d'une faiblesse fâcheuse.

D'autres ne se doutent nullement du danger qu'ils courent, se croient guéris dans le moment où leur maladie est à son plus haut degré, ce qui est encore un signe d'altération du cerveau.

Des gens attentifs à leur santé deviennent indifférents; des personnes qui supportent tout avec résignation en santé deviennent pusillanimes en maladie, ce qui indique encore une modification dans l'encéphale ou dans tout l'organisme. La douceur se change en rudesse; la tranquillité en impatience, etc. Tous ces symptômes indiquent seulement l'état morbide, mais ne caractérisent rien d'une manière précise.

§ VI. Des phénomènes morbides de l'intelligence, considérés comme signes diagnostiques.

D'après la définition des théologiens, l'âme est un esprit pur, un être immatériel, immortel; il n'y a donc que le plus grossier matérialisme ou la plus stupide contradiction qui puisse admettre *des*

maladies de l'âme: qui dit malade, dit altéré, or il n'y a que les corps qui soient susceptibles d'altérations; qui dit malade, dit susceptible de désorganisation, de mort; qui ne sent tout ce qu'une pareille expression a d'impie et d'absurde? Quoi! l'âme, être immatériel, immortel, susceptible de maladie, susceptible de mort! Quelle ineptie ou quel blasphème! non, l'âme n'est point altérable; non, il ne saurait exister des maladies de l'âme! par conséquent l'âme n'est point du ressort du médecin, et c'est empiéter sur un domaine étranger que de s'occuper de ce sujet.

Les désordres de l'entendement ne peuvent être raisonnablement attribués qu'aux dérangements survenus dans l'organe, dans l'instrument chargé de cette admirable fonction; c'est donc le cerveau seul qui doit fixer l'attention du pathologiste. C'est dans le cerveau qu'il faut chercher les altérations qui troublent l'intelligence.

Le cerveau, avons-nous dit, est un organe multiple, dont une partie est destinée aux mouvements, une autre à l'intelligence; c'est dans cette dernière partie que résident les altérations dont nous parlons. Des exemples multipliés nous portent à adopter l'opinion de MM. Foville et Delaye qui placent les facultés intellectuelles dans la substance corticale.

Mais les altérations de l'intelligence sont loin de laisser toujours des traces appréciables dans l'or-

gane qui en est chargé. Ces altérations sont très souvent fugitives, insensibles à nos divers moyens d'exploration. Leur existence est incontestable, mais elle n'est pas toujours visible.

Les facultés intellectuelles sont quelquefois exaltées dans le commencement des maladies aiguës, et même, dans certains cas, peu d'instants avant la mort. La mémoire est plus fidèle et plus sûre, le jugement plus juste, l'imagination plus riche, l'élocution plus brillante, en somme l'individu est supérieur à lui-même. Dans la phthisie pulmonaire, dans quelques maladies nerveuses, et surtout dans les accès d'hystérie et de mélancolie, on est souvent étonné par ce merveilleux phénomène.

La diminution de l'intelligence est un accident bien plus ordinaire; il est peu de maladies qui ne la produisent plus ou moins, mais celles dont il est le caractère principal sont l'idiotisme et la démence; dans ces cas-là, il y a même quelquefois abolition complète de toutes ces facultés.

La stupeur qui survient dans une multitude d'affections aiguës, et surtout dans celles qui portent atteinte aux organes de l'innervation, est caractérisée par la diminution de l'intelligence. Plus que toutes, les affections cérébrales y donnent lieu, mais parmi celles-ci surtout le ramollissement du cerveau chez les vieillards. Traits impassibles, air hébété, attention presque nulle, sens obtus, ré-

ponses lentes ou nulles, rarement justes, mémoire abolie, etc.; telle est la stupeur qu'on observe dans ces maladies.

La suspension ou la perte complète de l'intelligence a lieu dans la syncope, l'asphyxie, dans toutes les maladies du cerveau avec forte compression de cet organe, dans le sommeil.

Les facultés intellectuelles peuvent être perverties, ce qui constitue le délire.

Tous les dérangements dont nous venons de parler peuvent dépendre d'une altération générale, comme une altération circonscrite du cerveau. Pour le diagnostic local, il s'en faut qu'ils aient la même valeur que les dérangements de la locomotion. Ils ne peuvent jamais indiquer qu'une altération de l'encéphale; et lorsqu'ils dépendent d'une lésion circonscrite, ils ne suffisent pas pour la faire reconnaître; il faut le concours des signes fournis par la locomotion. Bien plus, il peut arriver, dans ce dernier cas, que l'intelligence ne soit pas lésée; car le cerveau étant un organe double, la portion restée saine peut suppléer à la portion malade. C'est pour cela qu'on trouve souvent des altérations qui n'ont pas dérangé les facultés intellectuelles. Il n'en est pas de même pour la locomotion; en effet, si une altération a détruit la portion qui préside au mouvement du bras droit, ce ne sera pas la portion destinée à mouvoir le bras gauche qui pourra la suppléer; il y aura toujours

paralysie, contracture, ou convulsion du bras droit. Ainsi l'altération de l'intelligence, quoique pouvant dépendre d'une lésion circonscrite, ne peut faire distinguer cette lésion.

Dans un ouvrage moderne, fait d'ailleurs avec assez d'art, on a prétendu que le délire ne pouvait pas dépendre d'une altération, d'une désorganisation du cerveau, et l'on a entassé les sophismes et les paradoxes pour appuyer cette étrange opinion. On a dit que le délire était surtout un signe de l'arachnitis. Il n'y a qu'un mot à répondre à tout cela, et ce mot me paraît décisif : *ce n'est pas l'arachnoïde qui pense.* Sans doute la méningite occasione le délire, mais c'est en agissant sur le cerveau, sur l'organe de la pensée. Quoique bien voisine du cerveau, l'inflammation de ses membranes ne produit le délire que comme toutes les inflammations éloignées, c'est-à-dire par sympathie. Seulement ce voisinage favorise beaucoup cet effet; l'inflammation des unes se propage à l'autre avec tant de facilité! Mais nous avons observé souvent des méningites, même avec suppuration, sans délire, et tous les jours ne voit-on pas des délires sans méningites? Nous pensons que cette opinion est une erreur; lorsqu'il y a délire, c'est dans le cerveau qu'il faut d'abord chercher l'altération organique. Cette altération peut être primitive ou consécutive, idiopathique ou sympathique, symptomatique. Le délire idiopathique peut être aigu ou

chronique ; on l'observe dans toutes les maladies aiguës ou chroniques du cerveau. Le délire consécutif, c'est-à-dire qui dépend de l'altération d'un organe plus ou moins éloigné, ne se montre que dans les maladies aiguës, ou dans les affections chroniques sur lesquelles se greffe pour ainsi dire une inflammation récente.

Les diverses espèces de délires dont nous avons parlé, page 183, peuvent bien fournir quelques données au pronostic, mais elles sont stériles pour le diagnostic. Seulement si le délire est exclusif, profond, persistant, etc., il annonce une maladie plus grave que s'il est vague, léger, fugitif, etc. ; s'il est intermittent, périodique, il indiquera une autre lésion que s'il est continu ; s'il est aigu, il ne devra pas signifier la même chose que s'il est chronique, etc. Mais nous sommes encore peu riches en faits bien observés et positifs sur ces matières.

§ VII. Des phénomènes morbides que présente le sommeil, considérés comme signes diagnostiques.

La majorité des maladies diminuent le sommeil ; et dans toutes il peut éprouver quelques modifications.

Les maladies aiguës, mais en particulier les phlegmasies de la peau, celles des méninges occasionent l'insomnie. On peut dire d'une manière générale que l'insomnie est le signe d'une surexci-

tation cérébrale ; cette surexcitation est très souvent consécutive, elle est produite par la circulation ou l'innervation. Ainsi toutes les maladies qui activent la circulation, et nous avons vu qu'il en était peu qui n'eussent cette influence, déterminent l'insomnie.

Toutes celles qui excitent directement l'encéphale par l'intermède des nerfs ou des sens, etc., produisent le même effet. Ainsi les névralgies, les névroses, toutes les douleurs un peu vives empêchent le sommeil.

L'aliénation mentale, l'hypochondrie, l'hystérie, sont souvent précédées ou accompagnées de la perte du sommeil. S'ils dorment, ces malades sont agités de rêves pénibles, effrayants ; leur sommeil n'a rien de bienfaisant, de réparateur.

Les anévrysmatiques dorment peu, mal, s'éveillent en sursaut, sont sujets aussi au cauchemar, et sont poursuivis par des rêves sinistres.

L'incube ou cauchemar dépend ordinairement d'une gêne de la circulation, d'une réplétion trop grande de l'estomac, d'une position gênante, etc.

L'augmentation morbide du sommeil, dont nous avons défini les divers degrés, me paraît dépendre constamment d'une compression cérébrale. Le coma, le carus, annoncent en effet un épanchement plus ou moins considérable de sang ou de sérosité dans l'intérieur du crâne. Mais ces phénomènes n'indiquent qu'une lésion générale ou cen-

trale du cerveau. Lorsque l'épanchement de sang occupe la protubérance annulaire ou le commencement du prolongement rachidien, il existe un état comateux ou plutôt carotique. Lorsque l'épanchement, sans être central, est assez considérable pour comprimer l'hémisphère sain, on observe le même état. Quand il fait irruption dans le ventricule, la même chose arrive.

L'épanchement de sérosité, qui est presque toujours un phénomène consécutif, donne lieu au coma. Cette sérosité s'épanche ordinairement entre la pie-mère et l'arachnoïde; elle se rassemble aussi dans les ventricules; elle succède souvent à l'inflammation aiguë des méninges ou du cerveau: c'est ce que les auteurs ont appelé hydrocéphale aiguë. Elle se montre ordinairement vers la fin de ces maladies. L'épanchement de sérosité, et le coma qu'elle produit, ont plus fréquemment lieu à la suite des maladies chroniques de l'encéphale ou des parties qui l'avoisinent.

Dans la congestion cérébrale forte, le coma ou le carus est le phénomène principal qui caractérise cette affection.

Lorsque le ramollissement du cerveau occupe un hémisphère presque tout entier, il arrive quelquefois que le gonflement qui survient produit la compression du lobe sain, ce qui donne lieu au coma et à d'autres phénomènes généraux.

Le cataphora, le coma, l'apoplexie, la léthar-

gie, le carus, ne sont que des symptômes et non des maladies particulières; il était bon de déterminer à quelles lésions d'organes elles appartiennent.

TROISIÈME SECTION.

DES PHÉNOMÈNES MORBIDES DES APPAREILS DE LA GÉNÉRATION, CONSIDÉRÉS COMME SIGNES DIAGNOSTIQUES.

Ce n'est que dans les traités spéciaux qu'on doit entrer dans les détails graphiques sur les accidents syphilitiques primitifs ou consécutifs, dont les organes génitaux des deux sexes sont fréquemment le siége. Les écoulements de toute espèce, leur nature, leur abondance, leur couleur, etc. Les tumeurs, les excroissances de tous genres, les ulcérations, les perforations, les déviations, etc., constituent des maladies particulières dont nous devons nous abstenir de donner ici la description.

Il est quelques maladies où les organes génitaux de l'homme entrent dans une érection permanente. Le satyriasis a lieu dans la continence trop long-temps observée, dans la mélancolie érotique, dans les convalescences heureuses.

On a vu dans quelques affections accompagnées d'un épuisement profond, des érections permanentes.

Un priapisme douloureux est souvent un symptôme de la blennorrhagie et du catarrhe aigu de

la vessie ; on le rencontre dans la néphrite calculeuse, dans la pierre, la goutte, les hémorrhoïdes. Il paraît dù, dans ces cas, à l'irritation des vésicules séminales, et à l'afflux des liquides vers ces régions. Les épileptiques, les hypochondriaques, ont quelquefois des satyriasis suivis de pertes spermatiques qui les conduisent au tombeau par l'épuisement qu'elles occasionent.

Mais que devons-nous penser du priapisme comme signe de quelques maladiés du cervelet ? Il ne nous répugne nullement de croire qu'une irritation de cet organe ait donné lieu à une érection plus ou moins forte et opiniâtre. Mais peut-on raisonnablement admettre que cette érection ait persisté même après la mort ? Nous ne le pensons pas, et on nous permettra d'en douter, jusqu'à ce que nous ayons été témoin d'un fait semblable. Ce phénomène est trop en contradiction avec les lois connues de la nature pour pouvoir être admis sans examen. Nous pensons que les médecins qui l'ont affirmé ne lui avaient pas donné toute l'attention qu'il réclame.

La flaccidité du membre viril accompagne la plupart des maladies, et annonce le peu d'énergie des fonctions génératrices. Cette flaccidité constante est un signe d'impuissance dont les causes sont nombreuses. Elle a lieu dans quelques maladies chroniques du cerveau.

Plusieurs douleurs vives, telles que celles de la

néphrite, du calcul vésical, de la névralgie iléo-scrotale, causent le resserrement du scrotum et la rétraction du testicule.

En traitant des sécrétions, nous nous sommes arrêtés sur celle du sperme et sur son excrétion ; il serait superflu d'y revenir ici.

— Les fonctions génératrices présentent chez la femme un plus grand nombre de phénomènes dignes de l'attention de l'observateur.

Dans les maladies aiguës, il arrive souvent que les règles sont suspendues. On a avancé que cette suspension était constamment le résultat de l'irritation. Il est vrai que cela est souvent ainsi ; une phlegmasie s'établit, l'irritation appelle les fluides, produit une véritable révulsion, et le travail, le *molimen* que la nature opérait vers les organes génitaux, est arrêté, détourné, et l'inflammation s'accroît des matériaux des menstrues.

Mais il peut bien se faire aussi qu'une cause agissant directement ou indirectement sur les organes génitaux, supprime l'évacuation périodique et détermine une inflammation consécutive dans un organe qui s'y trouvera disposé.

Dans les affections aiguës de l'utérus, telles que la métrite, le flux menstruel est diminué ou même supprimé.

Cette diminution ou suppression s'observe aussi dans les affections chroniques de cet organe. Le

polype, le cancer utérin, les kystes, les productions diverses de l'utérus ou de ses dépendances, sont suivis des mêmes effets.

Les organes sexuels chez la femme sont très souvent le siége d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. Ces ménorrhagies ou métrorrhagies peuvent être idiopathiques ou consécutives ; symptomatiques, critiques, etc. ; elles sont souvent le résultat d'une simple augmentation d'exhalation, et d'autres fois elles dépendent d'une ulcération profonde, de varices, de polypes, etc. Il est très important sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic, et du traitement de savoir discerner ces cas.

Pendant la grossesse et vers l'accouchement, le décollement accidentel du placenta produit quelquefois des hémorrhagies utérines qui peuvent devenir mortelles.

Toutes les fois qu'après l'accouchement il survient une irritation dans quelque viscère que ce soit, les lochies diminuent ou se suppriment. Ce phénomène fâcheux se présente surtout dans la péritonite puerpérale.

On les voit au contraire, dans quelques circonstances, couler si abondamment, qu'elles menacent l'existence des malades. Les moyens que l'art leur oppose sont quelquefois infructueux.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES CHAPITRES.

PREMIÈRE PARTIE.

PROLÉGOMÈNES.

DEUXIÈME PARTIE.

DU DIAGNOSTIC.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

QUATRIÈME SECTION.

CHAPITRE II.

PREMIÈRE SECTION.

DEUXIÈME SECTION.

TROISIÈME SECTION.

FIN DE LA TABLE DES CHAPITRES.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Y.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

